

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES
PREECLÁMPTICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
PAMPAS TAYACAJA DEL 2014 AL 2016**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

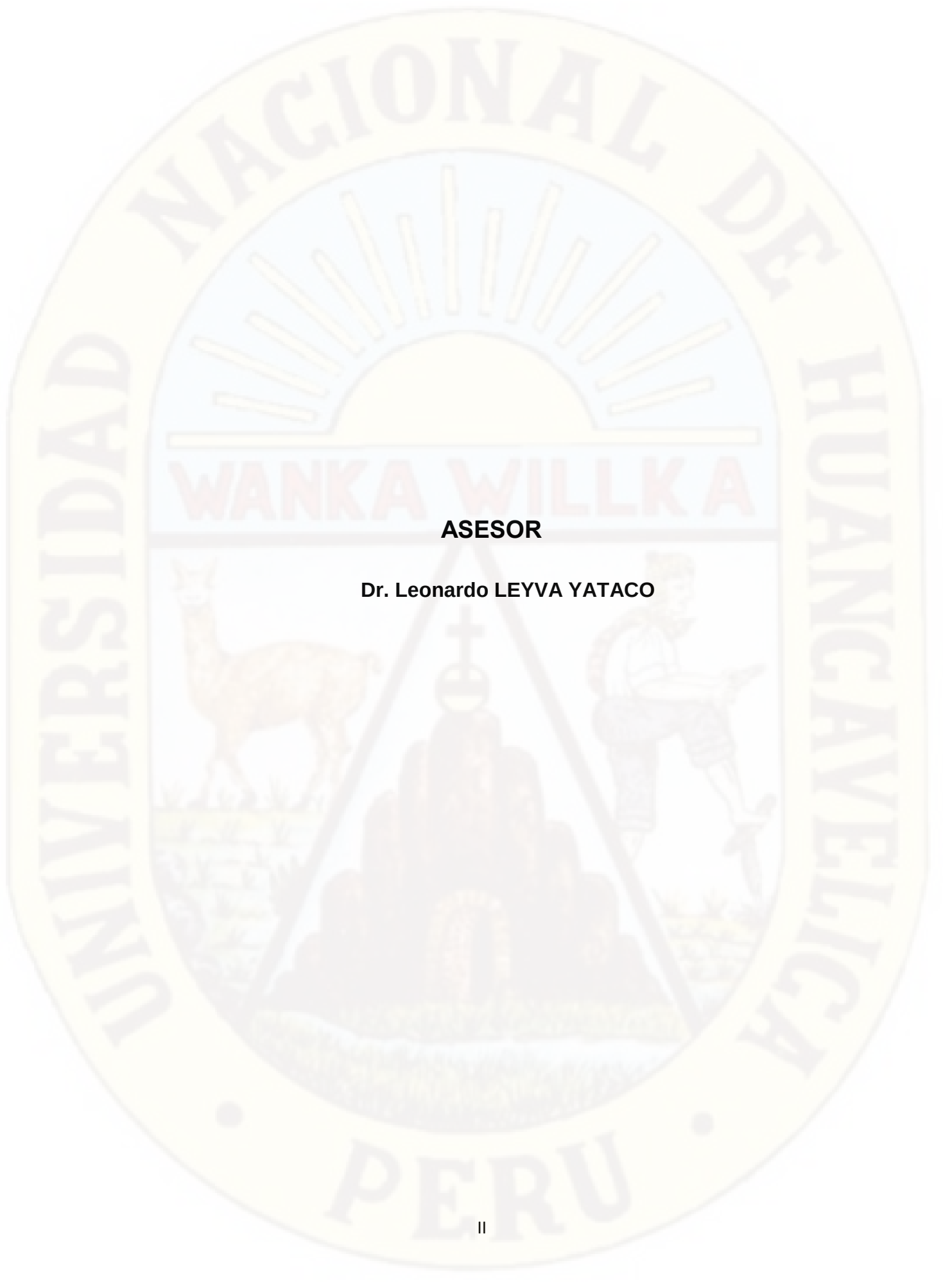
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

PRESENTADO POR:

OBSTETRA: Florinda Liz NAPAN RAMON

HUANCABELICA – PERÚ

2018

The seal of the National University of Huancavelica, Peru, is a circular emblem. It features a central shield divided into three horizontal sections. The top section is light blue with a yellow sun rising over a horizon. The middle section is light blue with the text 'WANKA WILLKA' in red. The bottom section is light blue and contains a yellow llama on the left, a yellow mountain with a cross on top in the center, and a yellow figure on the right. The shield is surrounded by a yellow border with the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica' in blue. At the bottom of the border is the word 'PERU' in blue.

ASESOR

Dr. Leonardo LEYVA YATACO

Dedicatoria.

Dedico este trabajo a Flory, Yulio, Emilio, Yovy, John, Luis Fernando y Ángel.

Por ser quienes son y lo que representan en mi vida. Una familia abnegada, incondicional, de constante superación, grandes valores, luchadores y buenos ejemplos.



Agradecimiento

Agradezco a un ser supremo que permitió cristalizar unos de mis proyectos de vida.

Agradezco a la Mg. Lina Yubana Cárdenas Pineda que, permitió que el área académica segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico se realice por primera vez en la sede descentralizada de Pampas – Tayacaja de la Universidad Nacional de Huancavelica, representando un gran apoyo para las colegas de esta zona.

Agradezco a todos los docentes del programa de segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNH quienes incentivaron en mí, para la realización de este trabajo.

Agradezco a mis padres, a mis hermanos, a mi sobrino y a mi pareja por todo el apoyo y comprensión brindada, durante este periodo de capacitación y superación.

Resumen

Objetivo: El objetivo del trabajo fue determinar el perfil epidemiológico de las gestantes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas- Tayacaja del 2014 al 2016. **Material y Método:** El estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo.

De nivel Descriptivo. Por la metodología y diseño la muestra fue censal; se estudió 62 pacientes con diagnóstico confirmado de preeclampsia en el Hospital de Pampas, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento usado fue la historia clínica, el análisis de los datos se realizó con la estadística descriptiva, se elaboró tablas de frecuencias y porcentajes, tabulados mediante el aplicativo Excel y el programa estadístico SPSS. **Resultados:** Se halló preeclampsia leve el 29% y preeclampsia severa el 71%. Las características sociodemográficas fueron ser conviviente el 61,29%, nivel primario el 43.55%, ama de casa el 67.74%. La edad estuvo distribuida entre las adolescentes y las añosas el 50%. El 83.87%, procedente de la zona rural con carencias de servicios básicos alrededor del 90%. El 43.55% de las mujeres que salieron embarazadas en el periodo de heladas presentaron mayor proporción de casos. En los antecedentes Gineco-obstétricos y personales las más afectadas fueron ser nulíparas 59.1%, ausencia de captación precoz en el embarazo 53.23% y exceso de peso pregestacional 43.54%. El antecedente familiar de preeclampsia represento 20% aproximadamente.

Conclusión: Existe mayor distribución porcentual de pacientes con preeclampsia severa y se manifiesta más en adolescentes. Las características frecuentes es ser conviviente, ama de casa, nulípara que viven en zona rural, salir embarazada en la estación de helada, exceso de peso pregestacional, pobre captación precoz en el embarazo. Sistema de agua y desagüe no adecuado.

Palabras claves: perfil epidemiológico, preeclampsia.

SUMMARY

Objective: The objective of the study was to determine the epidemiological profile of preeclamptic pregnant women treated at the Pampas-Tayacaja Hospital from 2014 to 2016. **Material and Method:** The study was descriptive, cross-sectional, retrospective, of Descriptive level. Due to the methodology and design, the sample was census; We studied 62 patients with a confirmed diagnosis of preeclampsia at the Hospital de Pampas, who met the inclusion and exclusion criteria. The instrument used was the clinical history, the analysis of the data was carried out with descriptive statistics, tables of frequencies and percentages were prepared, tabulated by the Excel application and the SPSS statistical program. **Results:** Minor preeclampsia was found in 29% and severe preeclampsia in 71%. The sociodemographic characteristics were cohabiting 61.29%, primary level 43.55%, housewife 67.74%. The age was distributed among the adolescents and the elderly 50%. 83.87%, coming from the rural area with basic service needs around 90%. 43.55% of the women who were pregnant during the frost period had a higher proportion of cases. In the gynecological-obstetric and personal antecedents, the most affected were nulliparous 59.1%, absence of precocious uptake in pregnancy 53.23% and excess of pregestational weight 43.54%. The family history of preeclampsia represented approximately 20%.

Conclusion: There is a greater percentage distribution of patients with severe preeclampsia and it manifests more in adolescents. The common characteristics are being a partner, housewife, nulliparous women who live in rural areas, getting pregnant in the frost season, pre-pregnancy excess weight, poor precocious uptake in pregnancy. Water system and drainage not adequate.

Key words: epidemiological profile, preeclampsia.

INDICE

Portada	I
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Índice	VII
Índice de tablas	IX
Introducción	XI

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del problema	13
1.2 Formulación del problema	16
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.4 Justificación del estudio	17
1.5 Limitación del estudio	18

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedente de la investigación	19
2.2 Bases teóricas	29
2.3 Definición de términos o variables de la investigación	44
2.4 Identificación de las variables	47
2.5 Operacionalización de las variables	47

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación	51
3.2 Nivel de investigación	51
3.3 Método de investigación	52
3.4 Diseño de investigación	52
3.5 Población, muestra y muestreo de la investigación	52
3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos	54
3.7 Técnica de procesamiento y análisis de datos	54
3.8 Consideración ética	55

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Presentación e interpretación de los datos	57
4.2 Discusión de resultados	70

CONCLUSIONES	80
--------------	----

RECOMENDACIONES	81
-----------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
----------------------------	----

ANEXOS	90
--------	----

Matriz de consistencia	91
------------------------	----

Instrumento de recolección de datos	97
-------------------------------------	----

Tablas	99
--------	----

INDICE DE TABLAS

TABLA N°01.	La clasificación de la morbilidad según presentación de cuadro clínico en las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	57
TABLA N°02.	El estado civil de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	58
TABLA N°03.	La ocupación de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	59
TABLA N°04.	El nivel de instrucción de las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	60
TABLA N°05.	La edad de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	61
TABLA N°06.	La estación de fecundación de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	62
TABLA N°07.	La procedencia de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	63

TABLA N°08.	El tipo de condición de vivienda de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	64
TABLA N°09.	La paridad de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	65
TABLA N°10.	La captación precoz en el embarazo de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	66
TABLA N°11.	El aumento de peso pregestacional de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	67
TABLA N°12.	El antecedente de preeclampsia de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	68
TABLA N°13.	El antecedente familiar de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.	69

INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia se define como la presencia de hipertensión arterial evidenciada con dos lecturas de presión arterial $\geq 140/90$ (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg) y proteinuria superior a 0,3 g/día después de la vigésima semana de embarazo en pacientes anteriormente normotensas. Aún se desconoce la verdadera causa, existen algunas teorías que indican que la combinación de varios factores ambientales, genéticos e inmunológicos puede aumentar la susceptibilidad (2).

Se detectaron que las gestantes en riesgo se basaron en los antecedentes obstétricos, médicos, personales y familiares. Se tuvieron en cuenta los factores de riesgo como historia médica de hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes, obesidad, edad >35 años y características como embarazo gemelar o embarazo molar, episodios previos de preeclampsia o anomalía congénita fetal, las que aumentaron el riesgo de sufrir preeclampsia. Aquellas pacientes con diagnóstico previo de preeclampsia tuvieron el 60% de riesgo de padecer nuevamente el evento. Los problemas fueron particularmente graves en las primígesta, en las cuales no siempre se detectaron factores de riesgo por lo que no se beneficiaron de los programas de control y prevención de accidentes vasculares útero-placentarios (7,8).

Las investigaciones han definido muchos factores de riesgo epidemiológicos que pudieron influenciar en la aparición de la preeclampsia y la eclampsia; con menor incidencia en la raza blanca, el lugar de residencia urbano sobre todo por el estrés que este genera, el vivir en altura por la hipoxia, las malas condiciones socioeconómicas con dietas pobres en hierro, proteína, calcio, ricas en colesterol y ácidos grasos, las edades extremas, en las primígesta y en las grandes multíparas, otros investigadores han encontrado relación con la talla baja, las enfermedades crónicas, las fumadoras, inclusive se ha asociado a épocas de bajas presiones y calor seco. También refieren que durante la gestación presentaron excesiva

ganancia de peso, embarazo múltiple, embarazo molar, hidramnios, hidrops fetal o presencia de fetos deformados (1,9,10).

En el Perú, su incidencia fue entre 10 y 15% en la población hospitalaria (11). La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo fue mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa fue mayor en la sierra (12). En la Dirección de Salud de Lima Ciudad fue la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal fue también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43%(13).

En el estudio los casos de preeclampsia en relación a los partos atendidos 1,786 fue 3.47% y en relación al total de gestantes atendidas 2,624 se reportó 2.93% de casos de preeclampsia en el Hospital de Pampas Tayacaja.

El objetivo del trabajo fue determinar el perfil epidemiológico de la paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016, cuyo propósito fue contribuir a detectar a las mujeres que potencialmente presentaron la patología esto se logró con los hallazgos encontrados.

El estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo. Se utilizó fuentes secundarias. La técnica es documental que permitió el análisis de las Historias Clínicas, la investigación no requirió de muestreo ya que se trabajó con toda la población (tipo censal). El instrumento fue la ficha de recolección de datos que se aplicó a 62 gestantes con la patología confirmada, en el cual estuvo contenida las variables en estudio según el planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores

En el presente informe de investigación se dividió y describió cuatro capítulos: capítulo I el problema, capítulo II marco teórico, capítulo III marco metodológico, y el capítulo IV análisis e interpretación de datos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA.

La Preeclampsia (PEE) es descrita hace más de 2 mil años, el cual constituye un problema de salud pública, porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial (1).

La Preeclampsia se define como la presencia de hipertensión arterial evidenciada con dos lecturas de presión arterial $\geq 140/90$ (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg) y proteinuria superior a 0,3 g/día después de la vigésima semana de embarazo en pacientes anteriormente normotensas. Aún se desconoce la verdadera causa, aunque existen algunas teorías que indican que la combinación de varios factores ambientales, genéticos e inmunológicos puede aumentar la susceptibilidad (2).

La OMS en la evaluación de los objetivos del milenio, refiere que la mortalidad materna se ha reducido alrededor del 44% siendo la tercera causa de muerte, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia). Es por ello que en los objetivos de desarrollo sostenible se ha incluido las acciones para lograr reducir la mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre el 2016 y 2030 (3). En los indicadores reportados por las Américas la hipertensión inducida por el embarazo es la primera causa con un 23%, hemorragia postparto 22% y el aborto 8% (4).

Las muertes generadas por preeclampsia siguen un patrón común en cuanto a su aparición, desarrollo y en su gran mayoría evitables, siempre y cuando se diagnostique y trate oportunamente, porque los casos de diagnóstico tardío ponen en peligro la vida del feto y de la madre (5).

La detección de las gestantes en riesgo se basa en los antecedentes obstétricos, médicos y familiares. Factores de riesgo como historia médica de hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes, obesidad, edad >35 años y características del embarazo, como embarazo gemelar o embarazo molar, episodios previos de preeclampsia o anomalía congénita fetal, las que aumentan el riesgo de sufrir preeclampsia. Aquellas pacientes con diagnóstico previo de preeclampsia tienen un 60% de riesgo de padecerla nuevamente. El problema es particularmente grave en las primígesta, en las cuales no siempre se detectan factores de riesgo por lo que no se benefician de programas de control y prevención de accidentes vasculares útero-placentarios (6,7).

Las investigaciones han definido muchos factores de riesgo epidemiológicos que pueden influir en la aparición de la preeclampsia y la eclampsia; con menor incidencia en la raza blanca, el lugar de residencia urbano sobre todo por el estrés que este genera, el vivir en altura por la hipoxia, las malas condiciones socioeconómicas con dietas pobres en hierro, calcio, ricas en colesterol y ácidos grasos, las edades extremas, en las primígesta y en las grandes multíparas, otros investigadores han encontrado relación con la talla baja, las enfermedades crónicas, las fumadoras, inclusive se ha asociado a épocas de bajas presiones y calor seco. También durante la gestación presentan excesiva ganancia de peso, embarazo múltiple, embarazo molar, hidramnios, hidrops fetal o presencia de fetos deformados (1,8).

En el Perú la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna, con más del 35% y origina el 17 al 25% de muertes perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos (1).

En el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria (1,9). La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra (10). En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal es también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43% (11).

En la región de Huancavelica, según reporte estadísticos en el periodo de estudio se reportó 7 muertes maternas por preeclampsia/ eclampsia/hellp y 7 muertes maternas por hemorragia del embarazo. Esto significaría que ambas causas ocupan aparentemente el primer lugar en muertes maternas (12).

En el Hospital de Pampas existe un incremento de los casos de preeclampsia, en el periodo de estudio fue el 3.47% en relación a los partos atendidos que fueron 1,786 y 2.93% en relación al total de gestantes atendidas 2,624, hubo una muerte materna y tres perinatales (13).

Por lo mencionado anteriormente existe poca información sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con preeclampsia y la escasa información reportada esta desactualizada; por otra parte en el contexto alto andino de Huancavelica específicamente en la provincia de Pampas Tayacaja, no existe información sobre las características de las mujeres preeclámpicas, por lo cual motivo el desarrollo de la investigación sobre el perfil epidemiológico de la gestante con preeclampsia, conociendo permitirá implementar estrategias acordes al contexto que mejoren el acceso al servicio de salud de manera oportuna, fortalecer las acciones de salud pública, elaboración de planes que contribuirá a promover, mantener y mejorar la salud materna perinatal y los indicadores de salud en la jurisdicción de Pampas-Tayacaja.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la morbilidad según presentación del cuadro clínico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016?
- ¿Cuáles son las características socio demográficas de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016?
- ¿Cuáles son los antecedentes Gineco - obstétricos y personales de las pacientes preeclámpticas atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016?
- ¿Cuáles son los antecedentes familiares de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el hospital de Pampas del 2014 al 2016.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la morbilidad según presentación del cuadro clínico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

- Identificar las características socio demográficas de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.
- Identificar los antecedentes Gineco - obstétricos y personales de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.
- Identificar los antecedentes familiares de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Fue pertinente el desarrollo de la investigación porque se observó en la práctica diaria en el Hospital de Pampas, un incremento de los casos de preeclampsia, en el periodo de estudio se halló la complicación en 2.93% en relación a las gestantes atendidas 2,624, y 3.47% en relación a los partos atendidos 1,786. Hubo una muerte materna y tres perinatales. Estos casos fueron controlados con tratamientos clásicos, por otra parte, el desconocimiento de las características epidemiológicas de las gestantes no permitió implementar acciones preventivas.

La presente investigación es importante porque con el conocimiento generado sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Pampas- Tayacaja, contribuirá a disminuir las condiciones o características negativas o el riesgo de estas pacientes; así mismo controlar algunos factores de riesgo que se encuentra dentro del perfil epidemiológico.

Teóricamente se aportó con el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia, que existe mujeres que están expuestas constantemente a condiciones de altura (3200 msnm), son procedentes de zona rural y con carencia permanente. Por ende, tendrá un impacto social y económico ya que

con los resultados permitirán a los decisores de política de salud conocer las características epidemiológicas de esta manera se implementará proyectos que contribuyan a mejorar el acceso a los servicios de salud, mantener y cuidar la salud materna perinatal, fortalecer acciones de salud pública, realizar trabajos multisectoriales en las pacientes con esta patología que pone en riesgo la vida de la madre y el perinato.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Es un trabajo de estudio descriptivo, durante el proceso se presentó restricción en la obtención de información del Hospital, entre ellos se menciona problemas en la codificación de diagnósticos (CIE10), o de digitación de los números de historias clínicas, Historias clínicas incompletas, casos legales que impidió en acceso a ellas. Estas limitaciones fueron consideradas en los criterios de inclusión por otra parte no afecto el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. ÓLa Preeclampsia es una enfermedad que daña a la madre y al feto, evidencias actuales nos muestran que para identificar pacientes con alto riesgo de desarrollar la patología se requiere de la combinación de caracteres maternos pre e intra concepcionales.

Teklit et al (14), en su investigación "Determinantes de la preeclampsia/ eclampsia entre las mujeres que asisten a los servicios de parto en los hospitales públicos seleccionados de Addis Ababa, Etiopia - África". Realizó su trabajo entre los meses de diciembre del 2015 a febrero 2016. En el hospital de Etiopia donde la preeclampsia/eclampsia es la principal complicación obstétrica directa. El objetivo es evaluar factores determinantes de la preeclampsia / eclampsia. Se utilizó el diseño de estudio de control de casos, tamaño de muestra fue 291 (97 casos y 194 controles). Las mujeres con preeclampsia / eclampsia fueron los casos y las no diagnosticadas fueron controles. Se usaron estadísticas descriptivas para mostrar los datos a través de tablas comparadas entre casos y controles. Los resultados hallados fueron estadísticamente significativos en la preeclampsia o eclampsia con la primigrávidez (OR: 2.68, IC 95%: 1.38, 5.22), antecedentes de preeclampsia en embarazos previos (OR: 4.28, IC 95%: 1.61, 11.43), embarazo múltiple (OR: 8.22, IC 95%: 2.97, 22.78). Concluyó que los trabajadores de la salud deben prestar especial atención a las mujeres primígesta y embarazo múltiple.

Miranda (15), en su publicación "El perfil epidemiológico de las mujeres con síndromes hipertensivos en la gestación y su repercusión en la prematuridad neonatal en maternidad pública de Belem, Para". Cuyo objetivo del estudio fue trazar el perfil epidemiológico de puérperas DHEG en el año 2013, atendidas en una institución pública del Pará de referencia materno-infantil identificando los factores de riesgo y correlacionando las repercusiones de los síndromes hipertensivos con la prematuridad neonatal. Fue una investigación transversal retrospectiva con abordaje cuantitativo. La población lo constituyo 200 puérperas con factores de inclusión aquellas que se atendieron su parto en la institución con DHEG, primíparas, multíparas con gestación única o múltiple, edad entre los 15 y 35 años, excluyendo a las pacientes que no se atendieron su parto en el establecimiento y edad gestacional menor de 20 semanas. Se usó prontuarios para la recolección de datos socio demográficos, antecedentes personales, datos obstétricos y datos del recién nacido. Los datos demostraron que el 50.2% fueron con diagnóstico de preeclampsia, representado por primígesta 57.7%, en el grupo de 19 a 25 años eran solteras 49.7%, enseñanza media 55.3%, pequeños para la edad gestacional fue 38% y prematuros 27.3%. Se puede concluir que los DHEG llevan a complicaciones inmediatas o tardías en el producto.

Álvarez et al (16), en entre los meses de julio a diciembre del 2011 se realizó un trabajo de investigación: Clinical and epidemiological impact of preeclampsia and eclampsia in adolescent patients of their first pregnancy who enter the huem of the Cucuta city. El trabajo fue descriptivo de tipo retrospectivo, la población objeto se compone de adolescentes primígesta. Se recogió los datos de las historias clínicas empleando un formulario estadístico. Su objetivo fue analizar la incidencia de preeclampsia y eclampsia de adolescentes primígesta. Los resultados fueron: En las pacientes adolescentes tardía entre 15 a 19 años, la incidencia fue de 1.86 casos de cada 100 adolescentes embarazadas, siendo la preeclampsia severa en mayores casos.

Los factores hallados fueron ausencia de controles prenatales, antecedentes patológicos y feto con restricción de crecimiento. Se concluyó que la preeclampsia y eclampsia son casos severos de los trastornos hipertensivos, presentando altas tasas de complicaciones materno fetal en primígesta adolescentes las que están expuestas a ausencia de controles prenatales y antecedentes patológicos (infecciones genitales 11.76%, infecciones urinarias 35.29%).

Sáenz et al (17). En el Hospital Docente General "Enrique Cabrera" en la Habana, se realizó un estudio de Epidemiological and perinatal profile of pre eclampsia patients". En el periodo del 1er de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2011, cuyo objetivo fue comparar los resultados maternos y perinatales en gestantes que cursaron con preeclampsia en sus diferentes presentaciones clínicas. El estudio fue prospectivo, descriptivo, transversal. El universo fue: 5309 gestantes de los cuales se eligieron los trastornos hipertensivos (n: 293) hallando un total de preeclampsia (n: 89) de los cuales se dividieron en tres grupos: pre eclampsia leve (n:30), preeclampsia grave (n:48) y pre eclampsia sobreañadida (n:11).

Se procesaron las variables epidemiológicas, obstétricas y perinatales en un sistema estadístico SPSS-11,5 utilizaron estadística descriptiva, comparación de proporciones mediante la prueba de Chi cuadrado y estimado las medias de variables cuantitativas con ANOVA-Eta. Considerando la significancia $p < 0,05$. Los resultados fueron predominio de adolescentes en la preeclampsia grave (25%) y las ≥ 35 años en la preeclampsia sobreañadida ($p: 0,002$), la obesidad también prevaleció en la preeclampsia sobreañadida (54,5%, $p:0,01$). La mayoría del grupo con preeclampsia leve (60%) y preeclampsia grave (64,6%) eran nulíparas, $p: 0,009$. Fue significativo el índice de prematuridad en preeclampsia grave (43,8 %, $p: 0,005$). En la preeclampsia grave predominó el parto abdominal (93,8 %, $p: 0,000$). Concluyó el investigador diciendo que no hubo grandes diferencias en cuanto

a los resultados perinatales entre las pacientes que cursaron con los distintos grados de severidad de la preeclampsia.

Brito et al (18). En su trabajo The Prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). Su interés fue identificar la prevalencia de los síntomas específicos y del perfil epidemiológico de la embarazo. La investigación fue retrospectiva, se realizó con mujeres internadas en la clínica obstétrica del hospital universitario Lauro Wanderley Joao Pessoa&/PB, en los meses de enero 2009 a diciembre 2010, los datos fueron recolectados con un formulario; se analizaron 1874 casos de los cuales se identificaron 9.1% de GHS, el 12.4% eran adolescente, 40.6% tenían su primer embarazo, el 100% inicio la enfermedad después de las 20 semanas de gestación, en ellas se identificaron complicaciones como preeclampsia, eclampsia, síndrome hellp, muertes fetales, prematuridad. Se concluyó enfatizando que la mujer debe tener un control prenatal adecuado para reducir la morbilidad, mortalidad materna y perinatal.

Morales (19), en su publicación "Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo enero a julio del año 2015", tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia doméstica de la pareja y la preeclampsia. El método que empleo fue un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles en 80 gestantes (40 gestantes con preeclampsia y 40 gestantes normotensas). Los datos se recopilaron a través de la revisión de historias clínicas y un cuestionario validado para la violencia intrafamiliar durante el embarazo. Los resultados encontrados fueron la probabilidad de tener preeclampsia cuando se presenta violencia física (OR: 2.1; IC95% 0.706-6.253) es más de dos veces y casi tres veces más cuando se presenta la violencia sexual (OR:2.97; IC95% 0.966-9.155), $p < 0.05$. Para la violencia psicológica, la probabilidad de sufrir preeclampsia en presencia de este factor es 1.11 veces más, $p > 0.05$. En general, existe una probabilidad de 2.5 veces

más en desarrollar preeclampsia cuando se presenta la violencia (OR: 2.54; IC95% 0.895-7.202), $p>0.05$. Se concluyó que la violencia doméstica física y sexual de la pareja incrementa el riesgo de sufrir pre eclampsia.

Temoche (20), realizó un trabajo de investigación sobre “Factores de riesgo asociados a preeclampsia de inicio temprano en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” en los años 2014 al 2015. La población estuvo constituida por 73 casos de mujeres atendidas en el HNDAC, utilizó el método de tipo observacional analítico transversal de casos y controles con una metodología cuantitativa, el instrumento fue una ficha de recolección de datos. Obtuvo los siguientes resultados: para la preeclampsia de inicio temprano es un riesgo ser primípara siendo $p: 0.00012$ OR:3.641, IC 95% y tener antecedente de preeclampsia previa $p:0.00012$ OR:4.369, IC 95%. La conclusión es que los factores que predisponen a una preeclampsia de inicio temprano son las primíparas y las que tienen antecedente de preeclampsia.

Marrón (21), realizó en su investigación sobre “Prevalencia de pre eclampsia en gestante atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital de Ventanilla” durante el año 2014. El estudio realizado fue transversal retrospectivo, se identificó 102 gestantes a través de las historias clínicas caracterizándolas con las variables de edad, estado civil, grado de instrucción y trimestre en el cual se desarrolló la patología. Mediante tablas de frecuencia se realizó un análisis descriptivo. Cuyo resultado fue la edad $p: 0.052$ y estado civil $p:0.032$ no mostrando relación con la presencia de preeclampsia leve o severa; en cambio el grado de instrucción secundario $p:0.000$ si presentó asociación con la preeclampsia leve y severa. Concluyendo que la preeclampsia está relacionado a una heterogeneidad de variables; en este trabajo existe una asociación entre el grado de instrucción secundario, mientras la edad y el estado civil no lo fueron.

Centeno et al (22), en su trabajo realizado sobre "Período intergenésico prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes". Lo llevó a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de enero a marzo del 2013. Tuvo como interés determinar si el período intergenésico prolongado es un factor de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia. El estudio fue caso-control; con 78 púerperas con y sin preeclampsia, a las cuales se les midió el período intergenésico prolongado (mayor a 48 meses), características maternas, obstétricas y hábitos psicobiológicos. Se analizó el factor potencialmente asociados a preeclampsia usando la prueba de asociación Odds Ratio (OR). Se halló la presencia de preeclampsia en mujeres con período intergenésico prolongado (mayor a 48 meses) 69.2% (OR:5.4, IC:95%). Concluyó expresando que el período intergenésico prolongado (mayor a 48 meses) es un factor de riesgo de la preeclampsia.

Zegarra (23), en su trabajo de campo sobre "Relación entre la pre eclampsia y la altitud: estudio de cohorte en gestantes de la costa y la sierra Liberteña", desde enero del 2012 a diciembre del 2013, en los Hospitales Belén de Trujillo (24msnm), Hospital de Apoyo "Elpidio Berovides Pérez" de Otuzco (2641msnm) y Hospital Leoncio Prado de Huamachuco (3169msnm). El estudio fue analítico, observacional, cohorte, retrospectivo y longitudinal. La población estuvo constituida por 375 gestantes que le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, que se distribuyó en dos grupos, gestantes residentes de la costa y la sierra de la Libertad. El fin del estudio fue determinar si la altitud es un factor para desarrollar preeclampsia en gestantes que viven en la zona de estudio. Los resultados obtenidos fueron la frecuencia de la preeclampsia en la sierra fue 36% y la costa 39%. RR: 0.92. IC: 95% (0.70-1.21). Concluyó demostrando que la altitud no influye en el desarrollo de la preeclampsia en la sierra de la Libertad.

Ponce (24), en su trabajo titulado “Maternal risk factors for HELLP syndrome in severe preeclamptic”. Su objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos para el síndrome HELLP en gestantes preeclámpticas severas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú durante el período comprendido entre 2011 al 2013. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal, de 54 casos (gestante con diagnóstico de preeclampsia severa que desarrolló el síndrome HELLP) y 70 controles (gestante con diagnóstico de preeclampsia severa que no desarrolló el síndrome HELLP). Reporto que las gestantes con preeclampsia severa que desarrollaron síndrome de HELLP tuvieron la edad de 29.6 $\pm$ 7.2 años, el 4.8% tuvo el antecedente de diabetes, el 14.5 % tuvo el antecedente de hipertensión, el 19.4% tuvo el antecedente de preeclampsia, el 4 % antecedente de eclampsia. El grupo de gestante adolescente represento el 16.1%. El grupo de gestantes añosas representó en 20.2%. El 4.8% eran fumadoras. El 83.9% fue de nivel social bajo. El 54% eran multíparas. Concluyendo en su trabajo, que las gestantes con preeclampsia severa para desarrollar el síndrome HELLP influye la edad, el antecedente de preeclampsia, el antecedente familiar de preeclampsia y la multiparidad ($P < 0.05$).

Carlos (25), public “Weight variation in women with gestational diabetes with overweight or obesity and maternal and perinatal complications, HONADOMANI San Bartolome” en los años 2008 al 2013. Su problema fue determinar la relación entre la variación del peso en mujeres con diabetes gestacional con sobrepeso u obesidad y complicaciones materno-perinatales. Fue un estudio observacional, analítico comparativo, de corte transversal, retrospectivo. El grupo de estudio fueron 160 gestantes con diabetes gestacional, sobrepeso u obesidad y 250 pacientes con diabetes gestacional de peso normal. Los resultados dentro de las características socio demográficas de las gestantes se observó que la edad promedio fue de 31.22 años, principalmente conviviente 66.7%, la mayoría con grado de instrucción secundaria 64.2%, asimismo, 70.8% manifestó ser ama de casa y el distrito de

procedencia con más frecuencia fue Lima Cercado 28.3%. Existe diferencia significativa ($p=0.048$) entre ambos grupos. La principal complicación maternas de la gestante con sobrepeso fue la Pre eclampsia 16.1%.

Bravo (26), en su estudio “Factores predictores de la Pre eclampsia” fue observacional, analítico de casos y controles en una población de 135 gestantes en el Hospital Sergio Bernales en el año 2012, utilizó variables cuantitativas con el fin de determinar los factores predictores para el desarrollo de la preeclampsia. En el perfil socio demográfico reportó que la edad promedio fue de 27.5 años; 75.2% eran convivientes; con secundaria 54.8%. En los aspectos gineco obstétrico, la nulíparidad se relacionó con la presencia de preeclampsia ($p < 0.001$). Antecedentes personales de preeclampsia, hipertensión arterial crónica, otros trastornos hipertensivos también presentaron relación con el evento ($p < 0.001$). El valor de OR de las variables que hubo relación fue nulíparidad OR: 3.3, antecedentes personales de preeclampsia OR: 2.42, antecedentes hipertensión arterial crónica OR: 11.0, antecedentes de trastornos hipertensivos en el embarazo OR: 2.78. Las conclusiones del trabajo fueron que los factores predictores de la investigación estuvieron determinados por la nulíparidad, antecedentes personales de preeclampsia, hipertensión arterial crónica y trastornos hipertensivos de la gestación.

Puelles (27), en su estudio “Maternal risk factors for HELLP syndrome in severe preeclamptic pregnant women. National Institute Materno Perinatal” en los años 2011 al 2012, consistió en determinar los factores de riesgo maternos para el síndrome HELLP en gestantes preeclámpticas severas. El método usado fue retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles. Se comparó 57 gestantes preeclámpticas severas con síndrome HELLP (casos) con 94 gestantes preeclámpticas severas sin síndrome HELLP (controles). Se tuvo en cuenta los casos que hayan estado hospitalizadas y su parto atendido en la institución. En los resultados los factores de riesgo maternos identificados para síndrome HELLP en preeclámpticas severas

fueron: antecedente de hipertensión arterial crónica (OR: 9,5; 95% IC 1,19-7,81), antecedente de pre eclampsia (OR: 3,3; 95% IC 1,22-7,40), antecedente de síndrome HELLP (OR: 2,98; 95% IC 1,18-6,88) y embarazo múltiple (OR: 2,04; 95% IC 1,80-2,31).

Olano et al (28), en su trabajo realizado “Asociación entre la violencia intrafamiliar y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales entre diciembre 2011 a enero 2012” tuvo como fin determinar la asociación entre la violencia intrafamiliar y la preeclampsia. Fue un estudio de casos y controles, 148 puérperas, divididas en dos grupos homogéneos. La información fue recogida mediante un instrumento validado y por la revisión de historias clínicas. Para encontrar la relación entre las variables cualitativas (tipos de violencia), se aplicó la asociación Odds Ratio, con sus intervalos de confianza al 95%; en los resultados se reportó que la prevalencia de violencia intrafamiliar fue de 42% en los casos de los cuales 28,4% presentaron violencia psicológica, el 5,4% violencia física, el 17,6% violencia económica mientras que el 0,7% violencia sexual. Se encontró que las mujeres víctimas de violencia psicológica fueron 4 veces más propensas a tener preeclampsia que las mujeres que no habían sido agredidas, al igual que en la violencia económica en la cual las pacientes que habían padecido de esta violencia tuvieron 4 veces más probabilidad de sufrir preeclampsia. No se encontró relación entre la violencia sexual ni física con la preeclampsia. La evidencia muestra que existe asociación entre la violencia psicológica y económica con la preeclampsia, a diferencia de la violencia física y sexual en las cuales no posee evidencia para determinar una asociación.

Ruiz (29), en su trabajo de campo realizado “Findings of fetal electronic monitoring in patients with preeclampsia National Institute Materno Perinatal. January to December 2012”. El objetivo fue describir los principales hallazgos de monitoreo electrónico fetal según los criterios del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en gestantes con preeclampsia. El estudio fue de

tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Su muestra fue 96 gestantes con diagnóstico de enfermedad atendidas en el servicio de monitoreo fetal. Los datos hallados en las gestantes con preeclampsia fue edad promedio de 26.85 años, siendo la mayoría gestantes adultas (60.4%). El 61.5% de ellas tuvieron como nivel de instrucción secundaria completa, siendo la mayoría amas de casa (84.4%), con estado civil conviviente (67.7%). La mayor parte de las gestantes eran procedentes del servicio de emergencia (69.8%). El 68% de las gestantes presentaron preeclampsia leve y el 32% presentaron preeclampsia severa; El 40.7% de los Test No Estresantes correspondieron a trazados de gestantes con preeclampsia leve y el 40.5 % a trazados de gestantes con preeclampsia severa.

Incacari (30), en su trabajo titulado “Morbimortalidad materno-perinatal en madres pre eclámpicas” el cual se llevó acabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en los meses de enero a diciembre del 2011, para describir la morbilidad materno perinatal que se presentan en madres preeclámpicas atendidas en el INMP de Lima.

La muestra estuvo constituida por 120 gestantes con diagnóstico de preeclampsia, los datos obtenidos fueron mediante una ficha de recolección de datos, elaborada para los fines de la investigación. Se ordenaron y procesaron, valiéndonos del programa SPSS 18.0 para Windows 2007. Se obtuvo 89.2% preeclampsia severa. En el grupo de casos la edad mayormente fue entre 19 a 34 años con el 68.3%, 64.2% tenían grado de instrucción secundaria, 72.5% tenían estado civil de convivencia, el 60.8% presentaron riesgo social mediano. El 52.5% fueron primíparas. El 52.5% de gestantes tuvo más de 5 controles prenatales. Concluyo la prevalencia de la preeclampsia en INMP fue del 2.8%.

Rodríguez (31), en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Nacional Dos de Mayo entre enero a diciembre del 2011”. Fue determinar los factores asociados a la preeclampsia

en gestantes del Servicio de Obstetricia en consultorio externo y emergencia. El diseño de la investigación fue analítico, retrospectivo de casos y control, con un tamaño muestral de 336 gestantes. La prevalencia de preeclampsia leve fue de 19.6% y severa de 27.4%; el 38.4% no tuvieron control prenatal, la edad gestacional promedio fue de 38 semanas, el 18.8% obesas y el 31.5% presentaron sobrepeso. Se halló una prevalencia de 48.5% en la infección del tracto urinario. Dentro de las conclusiones se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de preeclampsia y la infección del tracto urinario, siendo este un factor de riesgo (OR: 4.028). Así mismo, se halló una relación significativa con el IMC, la edad gestacional y la paridad (p-valor<0.05).

2.2. BASES TEÓRICAS.

La presión arterial presenta los procesos de variación durante el embarazo, hay desbalances de la tensión arterial por disminución de la resistencia periférica donde: Tensión Arterial Sistólica (TAS) se incrementa entre 10 y 15 ava. semana, disminuye hasta las 30 semanas luego sufre un incremento ligero.

Tensión Arterial Diastólica (TAD) también hay incremento entre las 10 y 15 semanas cayendo a las 17 y 18 semanas permaneciendo invariable hasta final del embarazo (32).

2.2.1. CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA.

Para los criterios de diagnóstico de la preeclampsia son hipertensión y proteinuria. La organización mundial de la salud y la guía de preeclampsia CENETEC definen la hipertensión en el embarazo como la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg o diastólica igual o mayor de 90 mmHg o presión media mayor o igual 106 mmHg, la cual se toma en dos ocasiones y con un intervalo de 4 horas, este signo ocurre después de la vigésima semana de embarazo en mujeres con presión arterial previa normal y la presencia de

proteinuria definida como la proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas o en orina fraccionada mayor de 30 mg de proteína o en tira reactiva igual o mayor de una cruz. La preeclampsia es consecuencia de un vasospasmo y activación endotelial. Para un mejor manejo clínico lo subdividieron en dos grandes grupos. (32,33,34,35,36,37,38).

TAS <160 mmHg o TAD <110 mmHg, ausencia de daño de órganos blancos. Proteinuria $\leq$ 5 gr/l en orina de 24 horas o $\geq$ 30 mgr. Orina fraccionada o 1 + con tira reactiva (34,36,37,38).

2.2.1.2 Preeclampsia severa.

TAS > 160 mmHg o TAD > 110 mmHg, daño de órganos blancos. Proteinuria $\geq$ de 5 g/l en orina de 24 horas o 2 + con tira reactiva (34,36,37,38).

El tratamiento es culminar el embarazo (39,40). En el hospital Daniel Alcides Carrión reporto la prevalencia de la preeclampsia de inicio temprano es de 2.59% y 43.83% presentaron criterio de severidad (19).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), noviembre del 2013 elimina la dependencia de la proteína, oliguria y la restricción de crecimiento fetal como criterio de diagnóstico grave (41). Proponen los estudiosos hablar de gravedad del trastorno. Sibai y Stella en 2009, determinan que algunas mujeres tienen PEE atípica, con todos los aspectos del síndrome, pero sin hipertensión, proteinuria o ambas (42). Las últimas clasificaciones es determinar severidad y no severidad (43).

2.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS.

La sociodemográfica estudia la población humana en su dimensión social, estructura, evolución, y características generales (44). Las variaciones de la tensión arterial durante el embarazo se ven afectados

por los factores demográficos, los que son un conjunto de cualidades biológicas y familiares (lugar de nacimiento, características antropométricas, hereditarias, estado civil), educación, ocupacionales, edad, raza, procedencia, infraestructura, servicios, culturales, económicas, advierte de futuras implicancias en la salud de la población (45).

Los factores sociales, influyen en la preeclampsia por ende en un 27% en las muertes maternas por esta causa, es importante que la paciente, familiares y comunidad tomen conciencia en la necesidad de recibir atención de emergencia, estar capacitados para reconocer signos y trasladar a la paciente lo más antes posible, a fin de evitar elevar las tasas de morbilidad por esta patología (46).

2.2.2.1 Edad.

Es el tiempo de vida del paciente expresado al momento del estudio en años; según norma técnica se categorizará en menor de 15 años; entre 15 y menor de 35 años y superior a 35 años (32,36,38,47,48). Especialmente en las edades de los extremos de la vida reproductiva son factores que tienen resultados adversos en la madre y neonato (38,39,40,49).

Estudios dice que gestantes menor de 17 años y mayor de 40 años, tres de ellas uno manifiesta problemas relacionados a la presión arterial (50). En varios estudios dicen que cuando menor es la edad, mayor complicación obstétrica, por tener un organismo inmaduro, aumenta la frecuencia de preeclampsia (PEE) y eclampsia (EE). En gestantes menores de 19 años se presenta la patología en aproximadamente en 25%, influye en la aparición del evento (32,38,39,47,51).

2.2.2.2 Estado Civil.

Se halló que el 75.2% eran convivientes en pacientes con preeclampsia (26).

En algunos estudios reportan que la frecuencia de preeclampsia severa fue mayor en casadas con el 55.2% y en otros estudios reportan el 41% (21,52).

Estado jurídico político al momento del estudio: Casada, viuda, separada, conviviente (unión libre), soltera (32).

2.2.2.3 Grado de instrucción.

Es el grado más elevado de estudios realizados o cursado sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Nivel de estudio hasta el momento del evento según lo registrado en la historia clínica. Los niveles de estudios considerados son analfabeta, primaria, secundaria, superior técnico o universitario (51,53,54). Bravo en su estudio de gestantes con preeclampsia presento en las características socio demográficas que el 54.8% tenían secundaria completa (26).

2.2.2.4 Ocupación.

Existen condiciones de trabajo que pueden exponer la vida de la madre como del neonato. Existen mayores porcentajes de gestantes que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta etapas más avanzadas del embarazo (38).

La preeclampsia se manifestó en 85% en amas de casa, en otros estudios esta característica sociodemográfica es de un 43,48% (19,52,53,54).

2.2.2.5 Tipo de seguro.

Garantiza la cobertura de atención a la gestante y del futuro recién nacido. SIS – AUS, con la inscripción tiene una atención hasta 90 días antes de afiliarse (55).

Gratuidad: En Perú, las consultas prenatales son totalmente gratuitas tanto para el Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y por el Aseguramiento Universal de la Salud, así mismo en Es Salud, también las consultas prenatales son gratuitas (56).

Los tipos de seguro que goza las gestantes pueden ser: SIS, Essalud, Sanidad, privados (51,53,54,57).

2.2.2.6 Tipo de localidad o procedencia.

Es el área geográfica del cual procede o reside la gestante; se definió según la dirección que consta en la historia clínica. Es la residencia habitual de la mujer o lugar donde vivió durante el embarazo rural o urbano (51,53,54).

Urbano: cuando procede dentro de los límites de la ciudad.

Rural: cuando procede dentro de pueblos jóvenes, AA.HH.

2.2.2.7 Lugar de nacimiento.

Se refiere a la región o país donde la persona nació.

La frecuencia de la preeclampsia en gestantes residentes en la costa fue 39% y en la sierra liberteña fue 36% por lo tanto reportaron que la altitud no influye en el desarrollo de la patología (23).

Estudio realizado por Morales manifestó que 62.5% eran de la costa y el 40% de la sierra la que presentaron el evento (19).

En un estudio publicado reporta que la embarazada nacida al nivel del mar que cursan su embarazo en la altura, en aquellas que viajan intermitentemente, o las que nacen y

residen en la altura mediante los resultados obtenidos concluye que la preeclampsia se encuentra incrementada en la altura (23).

2.2.2.8 Servicio básicos y condiciones de la vivienda.

Condiciones de los servicios básicos de saneamiento, agua potable, desagüe, limpieza, luz, que reflejan algunos riesgos para la salud y estilo de vida (53,54). Dichas características son factores que nos permitirán caracterizar a las familias y como se relacionan con la enfermedad.

2.2.2.9 Origen de la referencia.

Puede ser de dos niveles

Comunal: cualquier poblador, agente comunitario que detecte un factor de riesgo, signo de alarma que requiera atención en el establecimiento de salud (57).

Establecimiento de salud: cuando el usuario requiere de una evaluación, tratamiento quirúrgico, apoyo al diagnóstico que no corresponda a la capacidad resolutoria del establecimiento (57).

Autorreferida: por iniciativa propia (57).

2.2.2.10 A qué servicio acudió durante el ingreso.

Se realizan estudios en el servicio de emergencia hallando preeclampsia leve 71.6% y la severa 28.4% debido al cuadro clínico (21).

En un estudio realizado INMP reportó que la mayor parte de gestante con la patología procedían del servicio de emergencia 69.8% (29).

Pacientes de ingresaron por consultorio externos y emergencia presentaron una prevalencia de 19.6%

preeclampsia leve y 27.4% severa en el hospital Nacional Dos de Mayo (31).

2.2.2.11 Motivo de ingreso.

La existencia de una afección complicada del estado de salud de la gestante (51)

2.2.2.12 Condición de ingreso.

Estable: cuando la persona presenta los signos vitales dentro de las cifras normales establecidas según su grupo etario (57).

Mal estado: cuando los signos vitales se hallan muy alterados (57).

Fallecido: cuando la persona pierde los signos vitales (51, 57).

2.2.2.13 Condición de egreso.

Depende del estado de salud de la mujer al momento del alta (51).

Según lo establecido por el manual de sistema de referencia y contra referencia puede ser:

Curado: cuando se ha solucionado el problema y se determina el alta definitiva (57).

Traslado: cuando se necesita manejo del paciente a otro nivel de mayor capacidad resolutive (57).

Fallece: cuando el usuario fallece durante el tratamiento (57).

2.2.2.14 Violencia basada en género.

El embarazo exagera los problemas interpersonales y constituye un lapso de abuso de parte del cónyuge.

Se refiere al daño o sufrimiento físico, mental, psicológico y sexual que ocurre en la actual gestación (36,48,51,58). Además, amenazas, acoso, privación de la libertad, su origen se debe a la falta de poder de la mujer frente al hombre en sus relaciones personales y sociales (38). La probabilidad de presentar la patología en las gestantes que sufren violencia física es OR: 2.1; dos a tres veces aquellas que presentan violencia sexual OR: 2.97; para la violencia psicológica más presencia de otro factor es 1.11 veces más. En general al existir violencia es de 2.5 veces más de tener pre eclampsia OR: 2.54. Se encontró que las mujeres víctimas de violencia psicológica fueron 4 veces más propensas a tener preeclampsia y las que tuvieron violencia económica presentaron 4 veces más probabilidad de sufrir preeclampsia (19).

2.2.2.15 Estación de fecundación.

Los factores ambientales refieren Palmer et al, cuando la gestante vive a mayor altitud mayor aumento de PEE (42, 49).

Lluvias: en Tayacaja se presenta en los meses de diciembre a marzo proceso de precipitación fluvial de diversas magnitudes. Se agudiza en los meses de enero a marzo.

Templado: comprende en los meses de setiembre a noviembre

Heladas: Es un evento importante es la incursión de masas de aire frío y seco procedentes de la región polar hacia latitudes tropicales, generando heladas (región andina) y

friajes (selva). Es un exceso de enfriamiento del suelo durante cielos claros y secos (59).

Esta situación se incrementa durante los meses de junio, julio y agosto. En el Perú en zonas ubicadas por encima de los 3,200 msnm, el mayor número de días con heladas meteorológicas se presentan principalmente entre mayo y agosto, con una mayor incidencia entre junio y julio. Sin embargo, algunas localidades ubicadas sobre los 4,000 msnm de los departamentos de Arequipa, Moquegua, Huancavelica, Cusco, Tacna y Puno, climáticamente presentan heladas meteorológicas durante todo el año. En Tayacaja los distritos más vulnerables a las heladas son: Pampas, Acostambo, Pazos, San Marcos de Rochac, Pichus (60).

2.2.3 ANTECEDENTES GINECO-OBSTRETRICO Y PERSONALES.

Los antecedentes obstétricos son todos aquellos antecedentes o datos actuales que nos permiten conocer las características de la paciente durante la gestación, parto y puerperio. Es un elemento de la historia clínica que nos permite conocer los desenlaces de embarazos previos normales, anormales, así como complicaciones de preeclampsia, o intervenciones quirúrgicas son datos inapreciables para el pronóstico; hay una tendencia de que el riesgo se manifieste en forma similar al antecedente que lo agrava (36,38,51).

2.2.3.1 Edad gestacional del inicio de la enfermedad.

Se define a la etapa del embarazo en la cual se presentó la patología de estudio, expresado en semanas.

Existe varios medios para calcular siendo unos de los medios la última menstruación hasta el momento de la consulta. Se expresa en semanas completas. Importante para el equipo

médico porque permite vigilar crecimiento y desarrollo fetal, saber la fecha de parto, poder intervenir en casos de ciertas patologías (32,36,48). Algunos estudios reportan la aparición mayormente entre los 37 a 40ss de edad gestacional (52).

Se clasifica en:

Pre termino: menor de 37 ss. (32,36).

Termino: entre 37ss y menor de 42 ss. (32).

Post termino mayor = 42 ss. (32,36).

En algunos estudios reportan que la enfermedad se presenta mayormente en el tercer trimestre con 86.3% y 13.7% en el segundo trimestre del embarazo (21).

Cuando la enfermedad se presenta antes de las 32ss de gestación la morbilidad fetal se incrementa y aún más cuando existe patologías crónicas (17). El cuadro clínico se manifestó aproximadamente a las 38 ss. de gestación ($p<0.05$) (31).

2.2.3.2 Paridad.

Destaca como un factor de riesgo para la morbi-mortalidad materno perinatal (38).

Nulípara: requiere de una atención especial ya que en ellas suele presentarse patologías comunes como la preeclampsia (38).

Es una característica frecuente de desarrollar la enfermedad son las nulíparas se dice de tres una presenta el evento (40,41,42,43,47) y en las multíparas se presenta la enfermedad en forma variada (42,43). Sibai da como resultado de varios estudios que la nulíparidad se presenta entre el 3 al 10% en la preeclampsia (42,43). De tres primigrávida una presenta el evento (48).

Primípara: es la primígesta al tener un parto (32).

Múltipara: mujer que ha tenido más de un parto (32,48). Se reportó en un 54% de múltiparas que presentaron preeclampsia severa con antecedentes de diabetes mellitus y terminaron con síndrome HELLP (24).

Gran múltipara: mujeres que han tenido 5 a más partos (32).

2.2.3.3 Periodo intergenésico.

Comprende entre la finalización del anterior parto y el inicio del nuevo embarazo (38). Lo clasifican en adecuado cuando es igual o mayor de 2 años (51). El escaso intervalo intergenésico puede relacionarse a complicaciones en nuevos embarazos (38). El periodo intergenésico prolongado mayor de 48 meses tiene la probabilidad de desarrollar la enfermedad 69.2%, OR: 5.4 y aún más si es mayor de 10 años (22,41).

2.2.3.4 Abortos previos.

Es relevante conocer los antecedentes de los abortos previos, sirve al profesional para orientar en la búsqueda de patologías. El embarazo que termino en aborto se recomienda concebir después de los 6 meses (38). Este fenómeno de inmunización a la preeclampsia en abortos previos no es tan aparente (42).

2.2.3.5 Óbitos previos.

Es la ausencia de movimiento y latidos fetales

Se intentará evaluar el riesgo de repetición de la muerte fetal en futuros embarazos, se debe recurrir a exámenes de laboratorios (38).

2.2.3.6 Número de parejas.

Gestaciones previas con diferentes parejas se presenta la enfermedad de tres gestantes una tiene la enfermedad (50).

Las mujeres que están expuestas antes del embarazo a los antígenos de su conyugue están inmunizadas a tener preeclampsia. Multíparas fecundadas por una nueva pareja tiene un riesgo aumentado de presentar preeclampsia (42).

2.2.3.7 Número de atenciones prenatales reenfocada.

Es la atención de la gestante que comprende intervenciones preventivas que se realiza (36,38,48,55).

Optimo: seis controles (48,55).

No optimo: ninguno o menor de seis controles

Las gestantes que presentaron la morbilidad y tuvieron más de cinco controles prenatales fueron el 52.5% en el INMP (30).

2.2.3.8 Condición de la atención prenatal reenfocada.

Es vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones, considerando contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y enfoque de género e interculturalidad.

APN de calidad cuando cumple con el paquete mínimo de atención: atención médica, control nutricional, odontológico, psicológico, ecográfico, tamizaje VIF/SQR, examen completo de laboratorio, detección de bacteria asintomática, protección inmunológica, administración de nutrientes, PAP, educación de autoexamen mamario,

monitoreo materno fetal, psicoprofilaxis obstétrica (36,38,48,55).

2.2.3.9 Captación precoz.

Indican realizar los controles antes de las 13 ss. (48,55). La ausencia de esta actividad en la gestante puede estar influenciada por varios factores.

2.2.3.10 Índice de masa corporal pregestacional.

Es el índice antropométrico, en el cual se da énfasis a la relación de las variables peso entre la talla al cuadrado (38,61,62).

Evaluación nutricional:

Bajo peso: < 18,5 ganancia de peso: 12,5 a 18 Kg (38,61,62).

Normal: 18,5 a 24,9 ganancia de peso: 11,5 a 16 Kg (38,61,62).

Sobrepeso: 25 a 29,9 ganancia de peso: 7 a 11,5 Kg (38,61,62).

Obeso: ≥ 30 ganancia de peso: 5 a 9 Kg (61,62).

Pero en otros estudios reportan de tres gestantes obesas una presenta el evento (50). La obesidad aumenta 4.3%, en las repercusiones indeseables en las hipertensiones inducida en el embarazo (42,47).

Las preecláptica presentaron obesidad el 18.8% y sobrepeso el 31.5% ($p < 0.05$) (31).

2.2.3.11 Ganancia de peso pregestacional.

La valoración debe consistir en una anamnesis alimentaria, estudios clínicos, es importante conocer el peso

pregestacional la que se expresa en kilogramos, pues es de apoyo para detectar desorden alimenticio.

El no tener una cultura de la prevención hace que generalmente en muchos casos, no se conozca el peso pre gestacional, lo que ha llevado a que el peso del primer trimestre sea considerado como pre-gestacional (61,62).

El aumento de peso óptimo debe ser de 11,5 16 kg, si su IMC es normal; tener en cuenta el IMC para realizar un buen control del aumento de peso gestacional (38).

La obesidad provoca repercusiones indeseables durante el embarazo, se puede observar la aparición de la hipertensión inducida por el embarazo (61).

La obesidad provoca a la PEE (38,42). En los años 60 el incremento de peso se aceptaba desde 7 a 9 kg. Con lo que se pretendía hacer profilaxis de la PEE y EE (32).

2.2.3.12 Según tiempo de aparición.

Anteparto: es cuando no hay contracciones uterinas ni modificación de cérvix. Su ingreso debe ser en esta etapa, ayuda significativamente a disminuir complicaciones (32).

Intraparto: se presenta durante el parto.

Posparto: se presenta en las siguientes 48 horas al nacimiento (32).

2.2.3.13 Antecedentes personales.

En enfermedades no transmisibles afecta al 5% de la población femenina reproductiva (38).

En enfermedades tiroideas: el hipertiroidismo causa preeclampsia, DPP, RCIU, BPN.

El hipotiroidismo también produce preeclampsia, óbito fetal, parto (38).

Hipertensiones crónicas: alta mortalidad es más factible de instalarse la preeclampsia (38).

Preeclampsia previa: incrementa el riesgo de desarrollar la preeclampsia, la severidad existe relación con el antecedente del evento (36,38,42,43,47).

El antecedente de preeclampsia para Bravo represento OR: 2.42 ($p < 0.001$) y de hipertensión crónica fue OR: 2.78 ($p < 0.001$) (26).

En el hospital Nacional Dos de Mayo demostró que existe una correlación entre la preeclampsia y la infección del tracto urinario obteniendo una prevalencia de 48.5% OR: 028 (31).

Se reportó que se presenta con mayor frecuencia la enfermedad en adolescentes con antecedentes patológicos (infecciones genitales 11.76%, infecciones urinarias 35%) (16).

2.2.4 ANTECEDENTE FAMILIAR

La enfermedad es más frecuente en gestantes que tienen antecedentes de preeclampsia en familiares de primer grado, se trata de ver si la persona vinculada por parentesco de primer grado a la embarazada y si en su conyugue existe cuadro de hipertensiones en la rama de la madre, abuela o tía (38,41,47,51).

2.2.4.1 Materno: si la madre de la paciente presento el evento la probabilidad que tenga la paciente es de 27% (40). Las hijas de madres preeclámptica presentan una incidencia de 20 a 40% (42). Predominio genético: madre o hermana preeclámptica (38).

2.2.4.2 Paterno: estas predicciones hereditarias son resultado de interacción de ciertos genes heredados, tanto paternos

como maternos (42). Los antecedentes de familiares del padre con PEE como la madre, abuela, tías (38).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

2.3.1 Perfil epidemiológico.

El Perfil Epidemiológico es un procedimiento de análisis fundamentado en la epidemiología descriptiva, para caracterizar las situaciones esenciales asociados a la ocurrencia de ciertos eventos y su impacto en el colectivo de una población.

A tomado un papel protagónico, el objetivo final identificar los determinantes y factores de riesgo del evento con el objeto de definir estrategias de intervención poblacional y focalizadas que eviten la presencia de situaciones similares en el futuro. Expresa la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población; necesita de las características sociales, geográficas, población y tiempo (63). El perfil epidemiológico se puede expresar de manera dinámica cuando se establecen tendencias en diferentes periodos o se señala la situación que se encontró en un estudio de tipo descriptivo. El estudio descriptivo de las variables debe permitir establecer algunas hipótesis de su frecuencia y distribución que permita establecer planes de cuidado y acciones públicas (64).

El perfil epidemiológico representa un instrumento científico, metodológico, aplicativo para identificar, priorizar y buscar alternativas de solución a través del análisis de la situación en salud de los perfiles de necesidades en salud y problemas jerarquizados por situaciones que interactúan cotidianamente en el seno de las instituciones. La conceptualización actual de “Salud” es multidimensional y va mucho más allá de la ausencia de enfermedades o del concepto limitado a estilos de vida y comportamiento que incorpora componentes tanto subjetivos como

objetivos, va elementos del ambiente, las políticas públicas y otros componentes relacionados con el individuo, los cuales se deben evaluar en términos cualitativos y cuantitativos. Esta visión de la medición de salud se amplía con el uso de los Determinantes Sociales que han sido descritos la OMS y OPS. La importancia del perfil epidemiológico radica en que este describe información del comportamiento de los eventos de interés en salud pública y contribuye a la planificación, programación, organización y gestión de los servicios de salud. Influye además en la toma de decisiones clínico-terapéuticas, así como de vigilancia y control epidemiológico y administrativo, de manera que los servicios de salud tengan como objetivo atender las verdaderas necesidades de una población y permite aumentar los conocimientos de la comunidad (65).

2.3.2. Preeclampsia

La Preeclampsia se manifiesta después de las 20 semanas de gestación. Es un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos. Cuando más grave sea la hipertensión o proteinuria es más seguro el diagnóstico de preeclampsia además datos de laboratorio anormales de la función renal, hepática y hemática aumenta la certidumbre de que la gestante manifieste la enfermedad. Sibai reporta que existen mujeres que presentan preeclampsia atípica sin hipertensión o sin proteinuria o ausencia de ambas. Existen muchas clasificaciones ya que no existe un criterio aceptado por todos los estudiosos (42,49).

2.3.3 Características sociodemográficas.

Es una ciencia y teoría ya que una a otra se complementa esto ya sea por la forma en que se estudia la humanidad y los fenómenos sociales. Para dar una explicación verídica de sus variables o

características, se tiene que dar valores cuantitativos ya sea por tasas u otros indicadores. (44).

2.3.4 Antecedentes familiares.

Son los hombres y mujeres nacidos de embarazos complicados con preeclampsia tuvieron mayor probabilidad de inducir preeclampsia en sus propios embarazos.

Los autores concluyen que los genes maternos y fetales del padre o la madre pueden inducir preeclampsia, que esta asociación es más fuerte con la madre que con el feto y que la asociación familiar predice una preeclampsia más severa (42,42,49).

2.3.5 Antecedentes personales.

Se encontró en los estudios que el antecedente de un embarazo complicado con preeclampsia confería mayor riesgo de preeclampsia en el segundo embarazo. La gestante que presente diabetes mellitus, hipertensión crónica, triglicéridos elevados, obesidad presentan con frecuencia preeclampsia severa (16,42,42,49).

2.3.6 Antecedentes Gineco - obstétricos.

Estudios refiere que los antecedentes patológicos se repiten como infección del tracto urinario, infección genital provocando mayores casos de preeclampsia severa (16).

2.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLE.

Variable: Perfil epidemiológico de las gestantes con Pre eclampsia.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DE ESTUDIO.

Definición conceptual: Es un conjunto de indicadores que se expresa de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población; para su estudio se tiene en cuenta las características sociales, geográficas, población y tiempo. Se puede expresar de manera dinámica cuando se establece tendencias en diferentes periodos o se señala la situación que se encuentra en un estudio tipo descriptivo (63,64,65).

Definición Operacional: son las características epidemiológicas de las pacientes preeclámpsicas que se subdividió en dimensiones: preeclampsia, características sociodemográficas, antecedentes Gineco-obstétricos y personales y antecedentes familiares.

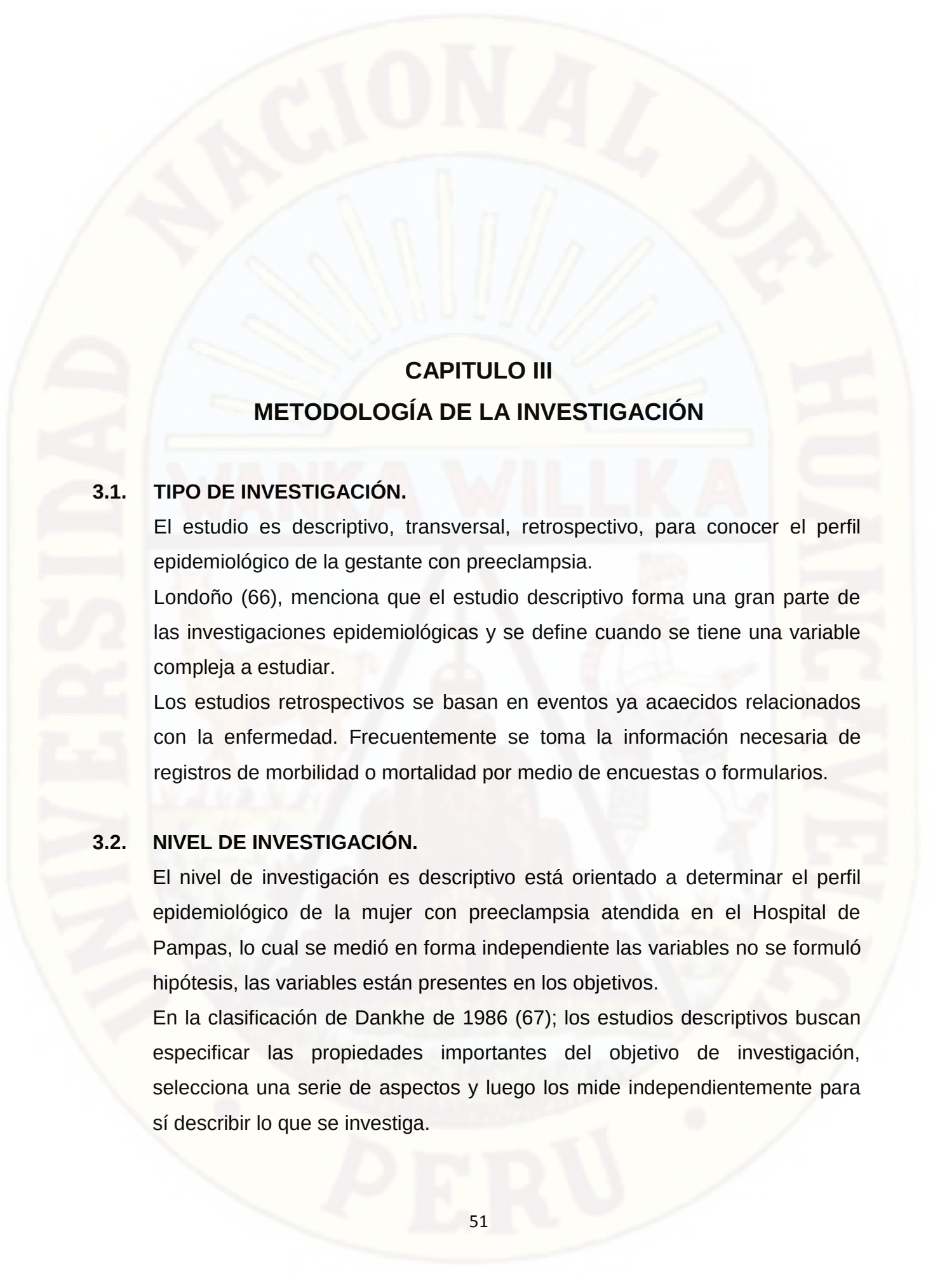
Dimensiones	Indicadores	Valores	
Preeclampsia	Tipo de Preeclampsia en la paciente	Preeclampsia leve: TAS <160 mmHg o TAD <110 mmHg	1
		Preeclampsia Severa: PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg más resultados anormales de laboratorio	2
Características	Edad de la paciente	edad menor de 15 años	1

sociodemográficas	preecláptica	edad entre 15 a 34 años	2
		edad mayor de 34 años	3
	Estado civil de la paciente preecláptica	soltera	1
		conviviente	2
		casada	3
		separada	4
		divorciada	5
		viuda	6
	Nivel de instrucción de la paciente preecláptica	analfabeta	1
		inicial	2
		Primaria	3
		Secundaria	4
		superior no universitario	5
		superior universitario	6
	Ocupación de la paciente preecláptica	dependiente (agricultora)	1
		independiente (comerciante)	2
		dedicada a los quehaceres del hogar (ama de casa)	3
		trabajadora del hogar	4
		estudiante	5
	Tipo de seguro de la paciente preecláptica	SIS	1
		EsSalud	2
		PNP	3
		privado	4
		no tiene	5
		Otros	6
	Tipo de localidad o procedencia de la paciente preecláptica	urbano	1
		rural	2
	Servicio básico de la paciente preecláptica	agua	1
		Desagüe	2
		Luz	3
	Tipo de material de la vivienda	material Noble	1
		Adobe	2
	Condición de vivienda	prestada o cedida	1
		Alquilada	2
		Propia	3

Dimensiones	Indicadores	Valores	
características sociodemográficas	Origen de la referencia	auto referida	1
		Comunidad	2

	Servicio al que acudió en el ingreso	establecimiento de salud	3
		sin dato	1
		Servicio emergencia	2
		Servicio consultorio externo	3
	Motivo de ingreso	labor de parto	1
		signos premonitorios de PEE	2
		Otros	3
	Condición del ingreso de la gestante	buena condición	1
		regular condición	2
		mala condición	3
	Destino de egreso de la gestante	Alta	1
		Hospitalización	2
		Referido	3
		Fallecido	4
	Violencia basada en genero	sin dato	1
		Si	2
		No	3
	Característica de comportamiento en el tiempo	Enero	1
		Febrero	2
		Marzo	3
		Abril	4
		Mayo	5
		Junio	6
		Julio	7
		Agosto	8
		Setiembre	9
		Octubre	10
		Noviembre	11
		Diciembre	12
Antecedentes familiares	Antecedentes maternos de la paciente preecláptica	no tiene	1
		madre preecláptica	2
		hermana preecláptica	3
		abuela preecláptica	4
		tía preecláptica	5
	Antecedentes paternos de la paciente preecláptica	no tiene	1
		madre preecláptica	2
		hermana preecláptica	3
		abuela preecláptica	4
		tía preecláptica	5

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Valores</i>	
Antecedentes Gineco-obstetricias y personales	Edad gestacional en que se presentó la enfermedad	Pre término: menor de 37 ss.	1
		termino: menor de 42 ss.	2
		Post término: mayor de 42 ss.	3
	Paridad de la gestante	Nulípara	1
		Primípara	2
		Múltipara	3
		gran múltipara	4
	Periodo intergenésico de la gestante	Adecuado	1
		no adecuado	2
	Abortos previos de la gestante	1 vez	1
		2 veces	2
		3 veces	3
	Óbitos previos que ha tenido la gestante	1 vez	1
		2 veces	2
	Número de parejas	sin dato	1
		Uno	2
		Dos	3
		Tres	4
	Número de atención prenatal reenfocada	ninguno control	1
		uno control	2
		menor de 6 controles	3
		mayor de 6 controles	4
	Condición de la atención prenatal	Adecuada	1
		no adecuada	2
	Captación precoz de la	semana de captación	Numérico
	Índice de masa corporal pregestacional	menor de 19.8	1
		entre 19,8 a 26	2
		mayor de 26	3
		mayor de 29	4
	Ganancia de peso durante pregestacional	bajo peso	1
		normal	2
		Sobrepeso	3
		Obesa	4
	Según tiempo de aparición	Anteparto	1
		Intraparto	2
		Posparto	3
	Antecedente personal de la gestante	Obesa	1
		Hipertensa	2
		Diabetes	3
		violencia familiar	4
		infecciones peri odontológicas	5
		infección vías urinarias	6
		infecciones vaginales	7
		nuevo conyugue	8
		antecedente de PEE	9
		antecedente de eclampsia	10
		antecedente de Hellp	11



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio es descriptivo, transversal, retrospectivo, para conocer el perfil epidemiológico de la gestante con preeclampsia.

Londoño (66), menciona que el estudio descriptivo forma una gran parte de las investigaciones epidemiológicas y se define cuando se tiene una variable compleja a estudiar.

Los estudios retrospectivos se basan en eventos ya acaecidos relacionados con la enfermedad. Frecuentemente se toma la información necesaria de registros de morbilidad o mortalidad por medio de encuestas o formularios.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El nivel de investigación es descriptivo está orientado a determinar el perfil epidemiológico de la mujer con preeclampsia atendida en el Hospital de Pampas, lo cual se midió en forma independiente las variables no se formuló hipótesis, las variables están presentes en los objetivos.

En la clasificación de Dankhe de 1986 (67); los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes del objetivo de investigación, selecciona una serie de aspectos y luego los mide independientemente para sí describir lo que se investiga.

Según Sampieri (68), “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Estos estudios son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.

3.3. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.

En el trabajo se aplicó el método Inductivo, el cual nos permitió conocer características comunes de cada gestante y se procedió a formular enunciados generales.

Como menciona Pimienta (69), el método de inducción se denomina así de la forma que aborda el estudio del fenómeno mediante inducciones. Importante porque permitirá obtener conclusiones generales a partir de observaciones de objetos o acontecimientos de la misma índole.

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El trabajo corresponde a un diseño descriptivo simple obedece al nivel de desarrollo del conocimiento que se tiene sobre el tema que se estudió; lo que define el carácter científico de un estudio es la rigurosidad con que se hayan alcanzado los resultados (70).

Dónde:

Esquema

M — O

M = Mujer con pre eclampsia

O = El Perfil epidemiológico

3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

3.5.1 Población. La población de estudio fueron todas las mujeres con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas en los años 2014 al 2016; las cuales fueron 62 casos según los datos reportados por la oficina de estadística del establecimiento (71,72).

3.5.2 Muestra.

Por la metodología y diseño del trabajo la muestra fue censal; con 62 casos de gestantes con diagnóstico de preeclampsia, en los cuales se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de Inclusión:

- Se utilizó las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas en los años 2014 al 2016 que cuenten con historia clínicas completas.
- Se utilizó las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de preeclampsia que tengan una permanencia mínima de un año en la localidad o la jurisdicción del establecimiento.

Criterio de Exclusión:

- Las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de preeclampsia referidas de otras regiones.
- Las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de preeclampsia con procesos judiciales o inaccesibles.
- Las historias clínicas de mujeres con diagnóstico de hipertensión transitoria.
- Las historias clínicas de mujeres con diagnóstico de preeclampsia que hayan vivido menor de un año en la zona de estudio.
- Las historias clínicas de mujeres con otros diagnósticos.
- Las historias clínicas incompletas e inexistentes con diagnóstico de preeclampsia.
- Las historias clínicas pertenecientes a niños y varones con diagnóstico de preeclampsia.
- Las historias clínicas de preeclampsia que no tuvieron su parto en la institución.
- Las historias clínicas de preeclampsia con epilepsia.

3.5.3 Tipo de muestreo.

La investigación no requirió de muestreo ya que se trabajó con toda la población (tipo censal), la unidad censal fueron las historias clínicas de las gestantes con preeclampsia, método que se usó para recolectar la información de la totalidad de la población o universo del estudio (71,72).

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica utilizada fue el análisis documental, se realizó en las fuentes secundarias, lo que permitió la revisión de las Historias Clínicas, de los pacientes atendidos en el establecimiento de salud; así mismo como fuentes de verificación se utilizó las bases de información en salud SIP2000 y SISFOH

Fuentes Secundarias:

- o Historia Clínica
- o SIP 2000
- o SISFOH

El instrumento fue la ficha de recolección de datos en la cual estuvo contenida las variables en estudio según el planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores (71).

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para realizar la presentación de los datos del trabajo de investigación se procedió de la siguiente manera:

Primer paso: aprobado el proyecto de investigación, se solicitó la autorización a la institución para acceder a las fuentes de información.

Segundo paso: se solicitó el reporte de las historias clínicas con el diagnóstico de preeclampsia en el periodo establecido del estudio, identificados las patologías se procedió a las coordinaciones con la oficina de archivos de las historias clínicas.

Tercer paso: se utilizó la ficha de recolección de datos previamente elaborado con el fin de obtener los datos relevantes que apoyen al proceso de estudio, se folio las fichas de cada caso.

Cuarto paso: se procedió al análisis e interpretación del hallazgo obtenidos.

Se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se inicia el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando la población de estudio.

Los datos que se obtuvo se ingresó en una hoja Excel para la codificación y ordenamiento, luego se exporto a una base de datos en SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilito el análisis de los datos de investigaciones con enfoque cuantitativo, con el fin de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio.

El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y porcentuales, con los gráficos que corresponda.

3.8. CONSIDERACIÓN ÉTICA.

En el estudio incluyo la participación de mujeres en estado gestacional, aunque solo se ha recopilado los datos de las historias clínicas, con la aprobación del comité del hospital de Pampas Tayacaja se procedió a la ejecución del trabajo, no fue necesario aplicar el consentimiento informado. No se registró nombres ni apellidos del participante fue en absoluta confiabilidad, los datos obtenidos fueron usados estrictamente para motivos de estudio.



CAPITULO IV

RESULTADOS

El estudio sobre el perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas se realizó en el Hospital de Pampas Tayacaja en el periodo 2014 al 2016, se estudió 62 casos con diagnósticos confirmados de la enfermedad los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. De acuerdo a los objetivos planteados se obtuvo los siguientes resultados.

4.1 PRESENTACION E INTERPRETACION DE DATOS.

Tabla N°1: La clasificación de la morbilidad según presentación de cuadro clínico en las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Tipo de Preeclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia leve	18	29.0%
Preeclampsia Severa	44	71.0%
Total	62	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°1: Del 100% (62) de casos de preeclampsia estudiadas en el Hospital de Pampas, el 71% (44) de casos fueron preeclampsia severa, siendo mayor la proporción a los casos de preeclampsia leve, que fue el 29% (18) de casos.

En la identificación de características sociodemográficas:

Tabla N°2: El estado civil de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El estado civil de la paciente	Conviviente	7	38.89%	31	70.45%	38	61.29%
	Soltera	7	38.89%	7	15.91%	14	22.58%
	Casada	4	22.22%	6	13.64%	10	16.12%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°2: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, se observa que la mayor proporción de casos fueron en las convivientes con el 61.29% (38).

Del 100% (18) de casos en la preeclampsia leve, el 38.89% (7) de casos y 100%(44) de casos de la preeclampsia severa, el 70.45%(31) de casos, en ambos grupos el estado civil conviviente predominó.

Tabla N°3: La Ocupación de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
La ocupación de la paciente	Ama de casa	12	66.67%	30	68.18%	42	67.74%
	Estudiante	3	16.67%	9	20.45%	12	19.35%
	Agricultora	3	16.67%	4	9.09%	7	11.29%
	Comerciante	0	0.00%	1	2.27%	1	1.61%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°3: En el perfil sociodemográfico, la ocupación más frecuente fueron las amas de casa, del 100% (62) de casos de preeclampsia, representó el 67.74% (42).

Del 100% (18) de casos de la preeclampsia leve, el 66.67% (12) de casos y del 100%(44) de los casos preeclampsia severa, el 68.18%(30) de casos hubo una prevalencia de amas de casa.

Tabla N°4: El nivel de instrucción de las pacientes preeclámpicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Nivel de instrucción de la paciente	Superior universitario	0	0.00%	3	6.82%	3	4.84%
	Superior no universitario	3	16.67%	5	11.36%	8	12.90%
	Secundaria	6	33.33%	16	36.36%	22	35.48%
	Primaria	8	44.44%	19	43.18%	27	43.55%
	Analfabeta	1	5.56%	1	2.27%	2	3.23%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°4: Se observa en la variable nivel de instrucción del 100%(62) de casos estudiados, alcanzaron el nivel de escolaridad primaria el 43.55% (27) de los casos, hallando el mayor porcentaje en el estudio. Por grupos tanto en la preeclampsia leve y severa, también se manifestó la característica frecuente el grado de instrucción primaria.

En el análisis multivariado nótese en el cuadro que las de mayor grado de instrucción presentaron preeclampsia severa.

Tabla N°5: La edad de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
La edad de la paciente	36 a más	3	16.67%	7	15.91%	10	16.13%
	20 a 35	8	44.44%	23	52.27%	31	50.00%
	De 15 a 19	7	38.89%	14	31.82%	21	33.87%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	21	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°5: La distribución de las gestantes con Preeclampsia por rango de edad, del 100% (62) de casos en el grupo etario de 20 a 35 años de edad fueron el 50%(31) de casos y el otro 50% comprendido en dos grupos de riesgo, las adolescentes y las añosas el 33.87%(21) y 16.13%(10) respectivamente; cabe resaltar que en estos grupos de riesgo se presentó mayores casos de preeclampsia severa en las adolescentes.

Tabla N°6: La estación de fecundación de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia Leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
La estación de fecundación de la paciente	Heladas abril a agosto	7	38.90%	20	45.50%	27	43.55%
	Lluvias diciembre a marzo	6	33.30%	13	30.00%	19	30.65%
	Templado setiembre a noviembre	5	27.80%	11	25.00%	16	25.81%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°6: En la variación estacional de la preeclampsia del 100% (62) de casos, el 43.55% (27) de las pacientes fueron fecundadas en la estación de heladas, en los meses de abril a agosto las que presentaron mayor prevalencia que en las estaciones de lluvias y templado.

Se concibió en los meses gélidos en el grupo de preeclampsia leve, del 100% (18) de casos, represento el 38.90% (7) de casos y en el grupo de preeclampsia severa, del 100%(44) de casos fue el 45.50%(20) de casos siendo la mayor proporción de casos en el estudio.

Tabla N°7: La procedencia de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
La procedencia de la paciente	Rural	15	83.33%	37	84.09%	52	83.87%
	Urbano	3	16.67%	7	15.91%	10	16.13%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°7: Según la procedencia de la paciente con preeclampsia del 100% (62) de casos, la zona rural representó el 83.87% (52) de casos.

En el grupo de preeclampsia leve del 100% (18) de casos, el 83.33% (15) de casos y en la preeclampsia severa del 100%(44) de casos, el 84.09%(37) de casos, representó la ruralidad. Se observó una alta frecuencias de esta variable en las pacientes que presentaron la morbilidad.

Tabla N°8: El tipo de condición de vivienda de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
El tipo de Condición de vivienda de la paciente	Prestada cedida	12	66.67%	25	56.82%	37	59.68%
	Propia	5	27.78%	15	34.09%	20	32.26%
	Alquilada	1	5.56%	4	9.09%	5	8.06%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°8: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 59.68% (37) de casos, las gestantes tuvieron viviendas prestadas o cedidas.

Se identificó mayor proporción de gestantes con el evento, que contaron con casas prestadas o cedidas, del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 66.67% (12) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 56.82%(25) de casos.

En lo que respecta a los antecedentes Gineco-Obstétrico y personales de las pacientes con preeclampsia:

Tabla N°9: La paridad de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco-Obstétricos y Personales		Preeclampsia Leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
La paridad de la paciente	Nulípara	7	38.9%	26	59.1%	33	53.23%
	Múltipara	9	50.0%	13	29.5%	22	35.48%
	Gran múltipara	2	11.1%	5	11.4%	7	11.29%
	Total	18	100.0%	44	100.0%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°9: De las historias clínicas revisadas he encontré predominio la nulíparidad, el 53.23% (33) de casos, del 100% (62) de casos estudiados. Observándose esta característica del 100% (18) de casos de preeclampsia leve y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 38.9% (7) de casos y el 59.1%(26) de casos respectivamente. Presentándose en mayor porcentaje en la preeclampsia severa la nulíparidad.

Tabla N°10: La captación precoz en el embarazo de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco-Obstétrico y Personales		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
La captación precoz en el embarazo de la paciente	No	10	55.56%	23	52.27%	33	53.23%
	Si	8	44.44%	21	47.73%	29	46.77%
Total		18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°10: La ausencia de captación precoz en la gestación representó, el 53.23% (33) de casos, del 100% (62) de casos de preeclampsia.

Del 100% (18) de casos de la preeclampsia leve y del 100%(44) de casos la preeclampsia severa, el 55.56% (10) de casos y el 52.27%(23) de casos respectivamente no tuvieron captación precoz en el embarazo.

En el estudio fue una característica frecuente hallada en las pacientes que presentaron la morbilidad.

Tabla N°11: El aumento de peso Pregestacional de las pacientes preeclámpsicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco-Obstétrico y Personales		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Aumento de peso Pregestacional de la paciente	Sobrepeso	7	38.89%	20	45.45%	27	43.54%
	Adecuado	5	27.78%	11	25.00%	16	25.81%
	Deficiente	6	33.33%	13	29.55%	19	30.65%
Total		18	100.00%	44	100.00%	62	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpsicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°11: En el antecedente personal, del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 43.54% (27) de casos presentaron sobrepeso de peso Pregestacional. Del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 38.89% (7) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 45.45%(20) de casos se encontró sobrepeso pregestacional; siendo mayor la proporción en la preeclampsia severa, reflejo de una alimentación inadecuada, un pobre control nutricional y prenatal. Tener en cuenta que podría ser un factor desencadenante de la enfermedad.

Tabla N°12: El antecedente de preeclampsia de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco- Obstétrico y Personales		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%
El antecedente de preeclampsia de la paciente	Sin Antecedente	16	88.89%	36	81.82%	52	83.87%
	Antecedente	2	11.11%	8	18.18%	10	16.13%
Total		18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°12: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 83.87% (52) de casos no tuvieron antecedente de preeclampsia y el 16,13%(10) de casos tuvieron el antecedente de preeclampsia, las que manifestaron en su embarazo actual. Por tanto, tener en cuenta que puede incidir positivamente en embarazos futuros tener el antecedente de preeclampsia en embarazos previos.

Del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 88.89% (16) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 81.82%(36) de casos no se halló antecedente de preeclampsia. La mayor proporción de casos fueron ausencia del antecedente de preeclampsia.

Con respecto a los antecedentes familiares:

Tabla N°13: El antecedente familiar de preeclampsia en las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Familiar		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El antecedente de preeclampsia (madre de la paciente)	Sin Antecedente	16	88.89%	39	88.64%	55	88.71%
	Antecedente	2	11.11%	5	11.36%	7	11.29%
	Total	18	100.00%	44	100.0%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla N°13: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 88.71% (55) de casos sin antecedente familiar.

En la preeclampsia leve, 88.89% (16) de casos y preeclampsia severa, el 88.64%(39) de casos no presentaron antecedente familiar.

Se observó que, el 11.29%(7) de casos tuvieron el antecedente familiar, (madre de la paciente), manifestándose la patología en las hijas de estas madres preeclámplicas, por tanto, esta característica puede incidir favorablemente en los embarazos de la mujer.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio se realizó en el Hospital de Pampas – Tayacaja, en pacientes preeclámplicas atendidas durante el periodo del 2014 al 2016, las fuentes de información fueron secundarias se tomó datos de las historias clínicas, SIP 2000 y el SISFOH, se aplicó las fichas de recolección de datos elaborada para el estudio.

La preeclampsia es considerada una entidad patológica de los cuadros hipertensivos, específico de la especie humana. Para poder detectar posibles desarrollos de esta enfermedad se requiere de la combinación de caracteres maternos pre e intraconcepcionales. En tanto que en el estudio se halló 62 de casos de preeclampsia, representando el 71% de casos las preeclampsia severa, siendo mayor la proporción que los casos de preeclampsia leve, el 29% casos. En otros estudios hallaron un total de preeclampsia 89 casos de los cuales se reportó preeclampsia leve 30 casos, preeclampsia grave 48 casos y preeclampsia sobreañadida 11 casos (17). Aún no se resuelve como el embarazo incita la hipertensión o agrava, es un problema importante e interesante no resuelto aún en obstetricia.

En la identificación de características sociodemográficas:

Con respecto al estado jurídico de la paciente, la convivencia represento en el en el grupo de estudio una prevalencia de 61.29%. Del cien por ciento de casos, en el grupo de preeclampsia severas fue el 70.45% presentado una mayor proporción de casos que en la preeclampsia leve siendo el 38.9%.

El resultado de la variable presento consistencia con el marco teórico ya que lo encontrado por Incacari (30), Ruiz (29) y Bravo (26), reportaron que la convivencia es una característica frecuente en esta patología. Lo obtenido difiere de lo hallado por Miranda (15), en su estudio encontró que la patología se presentó con frecuencia en las pacientes con estado civil soltera 49.7%.

En la época moderna la convivencia es una modalidad del estado civil reconocida por el estado peruano, se mantiene en este contexto social y

cultural como una relación aparentemente estable, ya que las parejas jóvenes no necesitan de tanta formalidad, para su unión y de la misma manera tampoco necesitan de tanto formulismo para la interrupción de los lazos; esta situación probablemente aunada a otros factores puede determinar o influir en situaciones de conflictos, abusos, maltratos, estrés entre otros que puede contribuir al desarrollo de esta patología.

Existen condiciones de trabajo que pueden exponer la vida de la madre como del neonato, existe alto porcentaje de gestantes que realizan actividad de trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta etapas más avanzadas del embarazo (38).

En el estudio de todos los casos de preeclampsia, el 67.74% fueron amas de casa; en consecuencia, las mujeres con esta ocupación se presentaron tanto en el grupo de preeclampsia severa el 68.18% y en la preeclampsia leve el 66.67%, no se evidencio diferencias marcadas en ambos grupos. Estudios similares realizados por Ruiz (29) y Carlos (25) reportaron que la patología se manifiesto con más frecuencia en las amas de casa 84.4% y 70.8% respectivamente. Es probable que, por los escasos recursos, la dependencia económica, las carencias presentes en su vida sean vulnerables de complicaciones en el embarazo como la preeclampsia.

En la investigación obliga a considerar la variable nivel de instrucción de la paciente, a menor nivel de instrucción mayor riesgo de malos resultados maternos y perinatales.

En el trabajo se observa en el perfil sociodemográfico que las mujeres con preeclampsias, alcanzaron el nivel de escolaridad primaria el 43.55% de casos; tanto en la preeclampsia leve como severa los porcentajes de casos fueron similares, encontrándose como una de las características frecuentes en el estudio. Cabe, observar que los mayores casos de preeclampsia severa se presentaron en mujeres de mayor preparación tomándolo como multivariado. Como consecuencia de un bajo nivel educativo se ven probablemente

expuestas a mayores eventos negativos como control prenatal no adecuado, familia numerosa, uniones inestables, hacinamiento, abusos, mala alimentación y otros.

Los resultados hallados no concuerdan con los datos publicados en los estudios realizados por Bravo (26), Ruiz (29), Incacari (30) y Carlos (25) los que reportaron el 54.8%, 61.5%, 64.2% y 64.2% respectivamente, quienes manifestaron que el nivel más frecuente fue la secundaria, como característica principal en las mujeres con preeclámpsicas leves y severas.

En la actualidad se observa todavía un nivel bajo de instrucción en la mujer, sobre todo en las zonas rurales en la cual la escolaridad formal en ellas no sea fortalecido, lo que hace probablemente más susceptible a desarrollar esta patología por temor, falta de conocimiento relativos a la prevención de la misma, sometidas a estrés por necesidades no satisfechas. Mejorar la educación es igual a mejorar la salud.

En la mayoría de las literaturas médicas han informado que, las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, (menor de 20 y mayor de 35 años de edad) presentaron datos estadísticos altos de casos de preeclampsia (1,9,10).

En el estudio se ha planteado de todos los casos de preeclampsia, el 50.00% de las gestantes atendidas estuvieron comprendidas en las edades extremas (15 a 19 años de edad 33.87% y mayores de 36 años el 16.13%), siendo mayor los casos en las adolescentes. El otro 50% fueron las mujeres en edad reproductiva adecuada.

Si bien los resultados del presente estudio si concuerda con lo reportado por Incacari (30), Ruiz (29), Bravo (26), Carlos (25) y Miranda (15) quienes observaron, en el perfil socio demográfico la edad promedio que presento mayor frecuencia de casos de la enfermedad es, entre los 19 a 34a; 26a; 28a; 31a y 19 a 25 años de edad respectivamente.

Otros trabajos como de Álvarez et al (16) y Sáenz et al (17) con respecto a la adolescencia tardía, reportó que la preeclampsia grave fue el 25% (entre los

15 a 19 años de edad), mientras que en el mismo grupo etario en el estudio se presentó, el 31.82% de casos con preeclampsia severa.

Ponce (24) reafirmo que mayormente se da en gestantes añosas 20.2%, en el estudio solo alcanzo el 16.13% no siendo una frecuencia alta como univariable.

Múltiples conjeturas han tratado de explicar la influencia de esta variable, algunos estudios dicen que el incrementado de las enfermedades crónicas vasculares en las mujeres mayores de 35 años y, por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada, por lo expuesto favorecería el surgimiento de la preeclampsia (42,49).

En este estudio, se hace referencia a los factores ambientales con respecto a los meses de estacionalidad marcados que tiene Huancavelica y en especial Pampas. Es posible que las estaciones climatologías como las que conocemos no reflejen fidedignamente las variaciones ambientales de temperatura, es por eso que además de las estaciones sea considerado los meses.

Los resultados del trabajo mostraron, una prevalencia del 43.55% de casos del total de mujeres con la enfermedad, que salieron embarazadas en la estación de heladas comprendidas entre los meses de abril a agosto. Además, se ha observado del cien por ciento de casos con preeclampsia severa, el 45.50% salieron gestando en las heladas correspondiente a los meses de bajas temperaturas, siendo mayor la frecuencia que en la preeclampsia leve 38.90%.

Se dice que mujeres expuestas de forma aguda, intermitente o permanente a las grandes alturas, desarrollaría con mayor frecuencia la enfermedad (23).

Existe una posibilidad biológica que el clima influya en la aparición de la preeclampsia, temperaturas bajas causan estrechamiento de los vasos sanguíneos originando vasoespasmo generalizado, respuesta

vasoconstrictora incrementada aumentando la presión arterial, disminución del volumen plasmático, deficiencia de PGE y PGI₂ (42).

Existe pocos estudios sobre la variación estacional de la preeclampsia, ni siquiera se menciona la estación del parto como un posible atributo para desarrollar la patología; con el fin de prevenir de alguna medida algunos casos de preeclampsia o sus complicaciones se trata de contribuir al conocimiento de la entidad, es posible que un factor ambiental sea un factor precipitante de esta enfermedad y a la vez la variación estacional originaría cambio alimenticios en la gestante.

Por no contar con datos de temperatura y altitud en la que vive la paciente no se pudo ingresar estas variables al estudio.

En el periodo de estudio, de todos los casos con preeclampsia, el 83.87% de las pacientes fueron provenientes de la zona rural. El porcentaje que se detectó en ambos grupos fue similar tanto en la preeclampsia leve y severa en 83.33% y 84.09% respectivamente. Al igual que las mujeres que viven en distritos relativamente urbanos marginal tiene 2,3 veces riesgo de morir por preeclampsia que las que viven en zonas urbanas (54). La ruralidad constituye de alguna manera que la gestante este expuesta a tener menos probabilidad de mejorar su estilo de vida.

Tomando en cuenta en las características sociodemográficas la condición de la vivienda en todos los casos de preeclampsia estudiadas, el 59.68% fueron viviendas prestada o cedida. Las gestantes sometidas a estrés constante probablemente por preocupaciones, inestabilidad emocional, exposición a probables conflictos familiares podrían provocar la subida de la presión arterial.

En lo que respeta a los antecedentes Gineco-Obstétrico y personales de las pacientes con preeclampsia:

La nuliparidad requiere de una atención especial ya que en ellas suele presentarse patologías comunes como la preeclampsia (38).

Los resultados de la investigación de todos los casos de preeclampsia, el 53.23% fueron nulíparas, observándose una característica frecuente en la población de estudio. En el grupo de la preeclampsia severa se presentó mayor porcentaje de mujeres nulíparas el 59.1%, mientras que las mujeres con preeclampsia leves fueron 38.9%. En el estudio de Sáenz et al (17) reportó que las nulíparas se presentó en la preeclampsia grave 64,6% y en la preeclampsia leve el 60% datos casi similares al estudio.

Lo hallado por Ponce (24) e Incacari el (30) quienes informaron que el 54% y el 52.5% respectivamente eran multíparas, versión que se contrapone al estudio. En los datos epidemiológicos existentes en otros estudios sugieren que la nuliparidad es una característica inherente que se presenta en las gestantes preeclámplicas, alta probabilidad de desarrollar una preeclampsia-eclampsia (21, 26, 28).

Los factores inmunitarios pueden tener un papel importante en la aparición de PEE, provocados por la ausencia o disminución de anticuerpos bloqueadores, de reacciones inmunitarias, de activación de neutrófilos y participación de citokinas esto daría una respuesta anormal de la madre hacia los antígenos feto-placentarios (42). El concepto de aloinjerto fetal indica que la reacción inmunitaria materna contra el feto es potencialmente destructiva y algunos investigadores proponen que el reconocimiento inmunitario del embarazo es indispensable para su éxito ya que produce importantes cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica y útero placentaria materna.

En el estudio la captación precoz durante el embarazo fue ausente en un 53.23% del total de casos estudiados. Con respecto a esta variable las pacientes con preeclampsia leve y preeclampsia severa presentaron el porcentaje fue casi similar el 55.56% y 52.27% respectivamente.

Más de la mitad de gestaciones no son programadas y su diagnóstico ocurre después de una a dos semanas de retraso menstrual, probablemente motivo

por el cual no se pudo detectar, controlar, no se pudo ayudar y evitar que llegue la enfermedad a severa como lo fue en el Hospital de Pampas, producto de una captación precoz y atención prenatal no adecuada (38). La identificación de factores al comienzo de la gestación es un paso fundamental para establecer el tipo de control que se debe llevar a cabo con cada gestante y así orientar los recursos a esas pacientes.

Es importante identificar en la evaluación preconcepciones los malos hábitos nutricionales y sus consecuencias como sobrepeso, delgadez, suplementos vitamínicos inadecuados y otros (59).

En el trabajo, el sobre peso pregestacional se presentó del cien por ciento de casos de cada grupo: en la preeclampsia severa fue mayor la proporción de casos con el 45.45% mientras que la preeclampsia leve fue el 38.89%.

En función a la información obtenida en el estudio, del total de casos de preeclampsias estudiadas el sobrepeso pregestacional fue 43.54%, se puede asumir que casi la mitad de mujeres ya empezaron su gestación con este aumento, estos resultados nos proporcionan un estado de salud nutricional no saludable. El aumento de peso provoca la expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardiaco, aumentando la demanda metabólica y comprometiendo al organismo a empeorar el estrés oxidativo (49), causando un desequilibrio metabólico producto de una ingesta de alimentos hipercalóricos, especialmente altos en carbohidratos, grasas y bajos en proteínas, fenómeno que está involucrado en el surgimiento de la preeclampsia. El no tener una cultura de la prevención hace que generalmente en muchos casos, no se conozca el peso pregestacional, lo que ha llevado a que el peso del primer trimestre sea considerado como pregestacional. La modificación del estilo dietario son factores probablemente desencadenantes de vital importancia en la aparición del evento ya sea por desconocimiento de los conceptos esenciales de la dieta adecuada (rica en fibra, proteínas, frutas, vegetales, vitaminas, minerales), por inaccesibilidad a los alimentos que los contenga (factor económico o ambiental) o variación estacional (heladas,

friaje) en el cual la paciente se ve expuesta a consumir productos no saludables ricos en grasas a predominio de las saturadas, ricas en azúcar, ricas en sal y pobres en fibra dietaria; los hábitos alimenticios podrían explicar la variación estacional de la enfermedad.

La preeclampsia se asocia en muchas gestantes con ingesta dietética baja en calcio. De igual manera, se han implicado otros micronutrientes como son el zinc, el magnesio, el folato y las vitaminas C y E.

El velar por el buen estado nutricional de la gestante es muy importante, en razón de las consecuencias negativas que traen aparejados a los fenómenos de transición que se están dando en el mundo en el campo de la demografía, epidemiología, nutrición y otros, nos vemos enfrentados a la irrupción de patologías que agrupadas son conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles (59). En la preeclampsia el aumento exagerado de peso es una característica, con tendencia de presentarse esta patología nutricional al incremento.

En los antecedentes personales de la gestante, es imprescindible evaluar el daño de una enfermedad preexistente en la paciente el cual pudo repercutir en un embarazo actual (38). Algunos estudiosos afirman que, tener preeclampsia en los embarazos previos es una de las características frecuentes en padecer la patología en el embarazo actual (24,26,38,39). En el trabajo se identificó de todos los casos de preeclampsia, la mayor frecuencia fueron las pacientes sin antecedentes de preeclampsia en sus gestaciones previas, el 83.87%. Las gestantes con antecedentes de preeclampsia en los embarazos anteriores, fueron 16.13% y todas ellas presentaron la enfermedad; por ello se observó como univariable una probable tendencia a padecer la enfermedad en una nueva gestación, Esto jugaría un papel de factor genético utilizando como mediador al sistema inmunológico. Este supuesto tendría una explicación satisfactoria, sobre todo, en el caso de las pacientes que no lograron desarrollar una tolerancia inmunológica a los mismos antígenos paternos a los que ya se expusieron en gestaciones anteriores. La Preeclampsia se reconoce

actualmente como una enfermedad provocada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al concepto fetal. Así, el efecto protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero y el fenómeno de tolerancia inmunológica disminuye con el tiempo, aproximadamente 10 años después de una primera gestación, la mujer ha perdido la protección que le confiere (42,49).

Tener en cuenta durante la anamnesis obstétrica, los datos relativos de un embarazo anterior, tienen un valor para el pronóstico de un embarazo nuevo.

Con respecto a los antecedentes familiares:

Respecto a los antecedentes familiares, las y los obstetras deben indagar sobre la existencia en la historia familiar de preeclampsia (mama, padre, hermanos, tíos) puede ser una herramienta valiosa para detectar embarazos con alto riesgo de padecerla y obliguen a adoptar medidas específicas en el diagnóstico y tratamiento en la paciente (38).

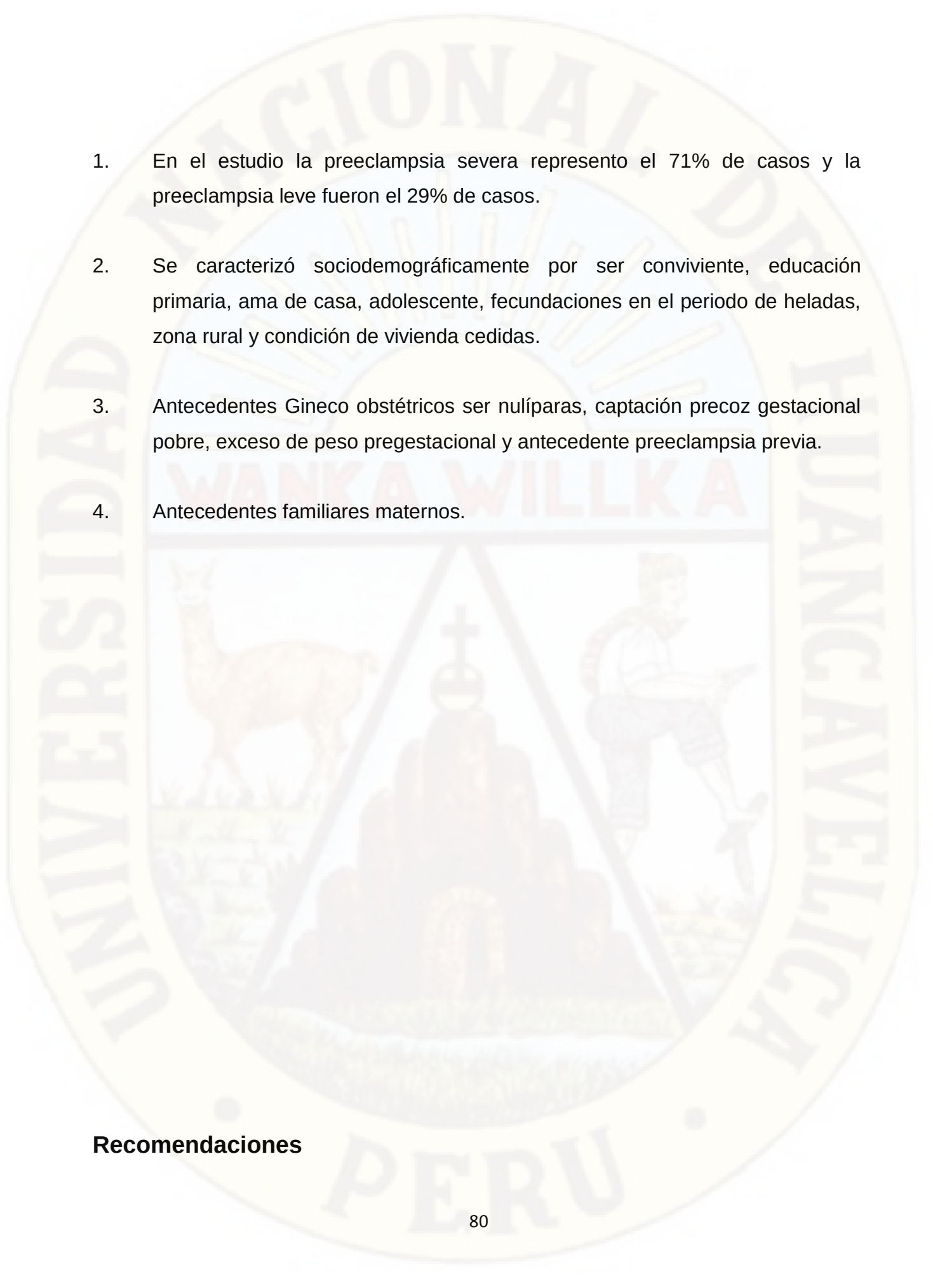
En el estudio, todas las gestantes preeclámplicas estudiadas, porcentualmente mayor fueron sin antecedentes familiares de preeclampsia, el 88.71%. Las gestantes que presentaron antecedente familiar de preeclampsia (madre de la paciente) se obtuvo, el 11.29%, todas ellas manifestaron la enfermedad; Por ello se puede acotar como univariable las hijas de madres preeclámplicas, tienen probablemente la posibilidad de presentar la morbilidad. Por lo hallado en el trabajo no podemos obviar esta característica si la paciente tuviera el mencionado antecedente.

Estudios refieren que si la madre de la paciente presenta el evento, la probabilidad que tenga la paciente es del 27%, se ha precisado que el efecto genético sobre la susceptibilidad para desarrollar una preeclampsia está dado, en gran medida, por genes de origen materno (32).

Esta podría ser originada porque existe una predisposición a la enfermedad, siendo la manifestación del factor genético, sea sugerido la existencia de un gen en los cromosomas 1, 3, 9, ó 18 como implicado, aunque sin llegar a ser demostrado por completo, ya que es un mediador al sistema inmunológico.

Se ha propuesto también que esta susceptibilidad genética, tanto materna como fetal podría facilitar la alteración de la respuesta inmune. Las reacciones inmunitarias están determinadas genéticamente, por lo que, la predisposición genética parece jugar un papel importante en esta respuesta inmune. El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulen el proceso de invasión trofoblástica necesario para la placentación normal. Una alteración en este equilibrio por factores maternos o fetales podría provocar la PEE (42,43).

Conclusiones

- 
1. En el estudio la preeclampsia severa represento el 71% de casos y la preeclampsia leve fueron el 29% de casos.
 2. Se caracterizó sociodemográficamente por ser conviviente, educación primaria, ama de casa, adolescente, fecundaciones en el periodo de heladas, zona rural y condición de vivienda cedidas.
 3. Antecedentes Gineco obstétricos ser nulíparas, captación precoz gestacional pobre, exceso de peso pregestacional y antecedente preeclampsia previa.
 4. Antecedentes familiares maternos.

Recomendaciones

Al Hospital

- ∞ El área de nutrición debe asegurar el cumplimiento cuyo eje sea la dieta y orientación nutricional en la gestante para disminuir el porcentaje de aumento de peso que es un resultado adverso tanto para la madre como para el hijo y no se genere una preeclampsia severa por ser la más frecuente en el Hospital de Pampas.
- ∞ Formar un comité evaluador de indicadores maternos, en el Hospital de Pampas los cuales monitoreen constantemente las fuentes de información y los datos estadísticos con el fin que permitan tomar decisiones oportunas y sea base de datos confiables para futuras investigaciones.
- ∞ El personal administrativo y asistencial debe ser sensibilizado y concientizado de la importancia del cuidado de las historias clínicas; instrumento de los trabajos de investigación, que brindan los antecedentes y estado actual de la paciente.
- ∞ Fortalecer el trabajo en equipo.

Al personal de salud de Obstetricia

- ∞ El profesional obstétrico debe crear estrategias efectivas para obtener intervenciones tempranas en el embarazo, sobre todo en las primígesta.
- ∞ Fortalecer el control pregestacional.
- ∞ Reducir el riesgo reproductivo depende de una correcta historia reproductiva en donde debe identificarse características, factores relacionados a antecedentes, malos resultados en embarazos previos, estado actual y otros con el fin de tener un embarazo más seguro.
- ∞ Control prenatal correcto, una adecuada clasificación nutricional, elaboración de una dieta adecuada, conocer el nivel sociodemográfico – económico y las indicaciones oportunas podrían ser las claves para un embarazo exitoso.
- ∞ En el área de promoción de la salud el personal obstétrico, debe crear un espacio en el cual permitan la elaboración y ejecución de planes que

fortalezcan la coordinación con los municipios distritales, provinciales, centros de educación básica alternativa (CEBA) y centros educativos productivos (CEPRO) de la zona, con el fin que estas instituciones brinden campañas educativas, informativas especialmente a las familias con necesidades básicas insatisfechas de vivienda, de educación, de trabajo y parejas con estado civil convivientes que van en aumento.

∞ La obstetra que está frente a este problema de salud pública, como es la preeclampsia y sus complicaciones, continúe realizando nuevos estudios empleando el instrumento perfil epidemiológico y reevalúe otros atributos que no fueron considerados en el trabajo para continuar conociendo mejor a nuestras gestantes.

∞ El uso de perfil epidemiológico permite realizar un trabajo multisectorial.

Referencias Bibliográficas.

1. Cortes S, Perez F, Gobernado A, Mora P. Eepidemiología de los Estados Hipertensivos del Embarazo Clínica e investigación. Clin Ginecol Obstet. 2010. Julio; 37(2): p 56-62.
2. Jiménez E, Martinez L, Vargas N, Agudelo C, Ortiz I. Preeclampsia: la evolución diagnóstica desde la genómica y la proteómica. Rev. Chil. Obstet. ginecol. 2013; 78(2): p 148-53.
3. Organización Mundial de Salud. [Intenet] Lima – Perú. [Online]. [cited 24 noviembre 2017]. Availablefrom: Disponibleen:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
4. OPS/OMS. Actualizará sus Manuales sobre el manejo de las emergencias Obstetricas /OPS/OMS. [Intenet] Lima – Perú. Nov 2015. American Heallth Organization/World Health Organization.
5. Coolman M , de Groot C, Jaddoe V, Hofman A, Raat H, Steegers E. Medical record validation of maternally reported history of preeclampsia. J ClinEpidemiol. 2010; 63(932).
6. Acho S, Diaz J, Navarro R. Preeclampsia risk in 24 to 26 weeks gestation nulliparous pregnant women with early diastolic notch or resistance index >0,58 inuterine arteries. Rev Per Ginecol Obstet. 2009; 55 (260): p 5.
7. Sibai B, Gordon T, Klebanoff M, McNellis D, et al. Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Med. IObstet Gynecol. 1995; 172(2): p 642 – 8.
8. Campbell D BSPGILCDSWea. Pregnancy induced hypertension and subsequent health and mortality of women: a record linkage study. Pregnancy Hypertens Int J Womens Cardiovasc Health. 2010 octubre; 1(40).
9. Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedad hipertensiva de la gestación. En: Pacheco J (ed). Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2do. ed. Lima: REP SAC; 2007. 300,305,311 p.

10. Chirinos J. Incidencia y características de la enfermedad hipertensiva en el embarazo: estudio retrospectivo a nivel del mar y en la altura. *Acta Andina*. 1995;4(1): p 25-34.
11. Dirección General de Epidemiología. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna. Perú: MINSA; 2013.
12. Oficina de Estadística e informática DIRESA – Huancavelica.
13. Oficina de Estadística e informática Hospital de Pampas.
14. Teklit Grum MAAT. Determinantes de la preeclampsia / Eclampsia entre las mujeres que asisten a los servicios de parto en los hospitales públicos seleccionados de Addis Ababa, Etiopía: un estudio de casos y controles. [Internet]. Diciembre 2015 a febrero 2016. [citado 2017 3,07 17hrs]. 17:307. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1507-1>
15. Miranda Matias R. El Perfil Epidemiológico de las Mujeres con Síndromes Hipertensivos en la Gestación y su repercusión en la prematuridad neonatal en Maternidad pública de Belén. [Tesis grado de especialidad]. Brasil: Universidad del Estado del Par; 2015.
16. Alvarez DF, Pino A, Medina M, Rodriguez Y, Alvaro E. Impacto clínico y Epidemiológico de la Preeclampsia y Eclampsia en Mujeres Adolescentes Primígesta que ingresan al HUEM de la ciudad de Cucuta – Colombia 2011. *INBIOM*. 2016; 3: p 50-55.
17. Sáenz C, Pérez T. Perfil Epidemiológico y Perinatal de Pacientes con Preeclampsia. *Rev. Cubana. Obstet. Ginecol*. 2014 abr - jun; 40(2): p 155-164.
18. Brito G, Moura P, Sousa J, Brito V, Oliveira S, Soares G. The prevalence of Hypertensive syndromes particular of pregnancy. (GHS). *Rev. pesques*. 2015 Jul - Set; 7(3): p 2117-2125.
19. Morales Camargo JF. Violencia doméstica de la Pareja y su Relación con la Preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. [Tesis grado de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

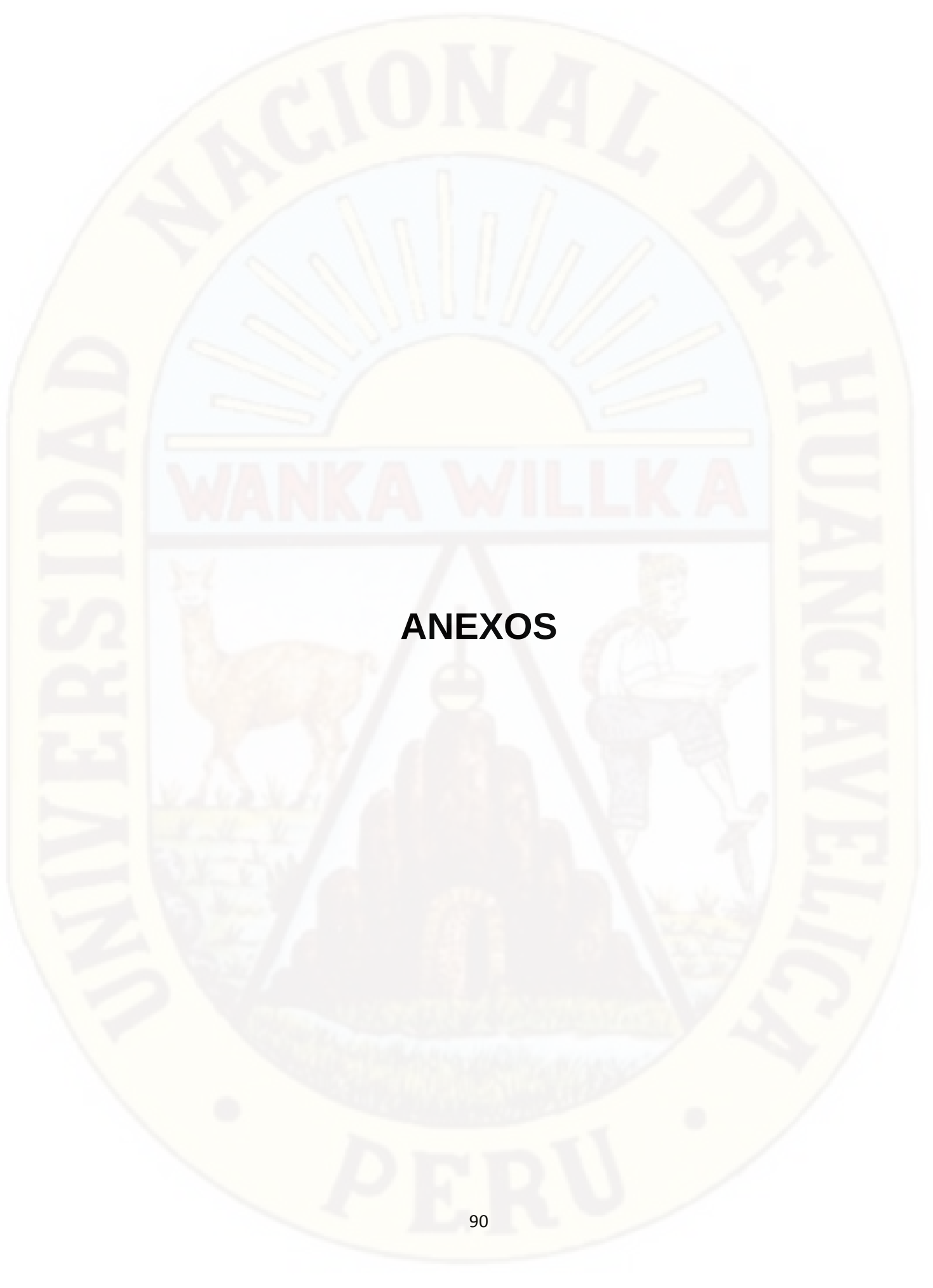
20. Temoche Mendiguren DC. Factores de Riesgo Asociados a la Preeclampsia de Inicio Temprano en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis grado de médico]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2014 - 2015.
21. Marron Huamán A. Prevalencia de la Preeclampsia en Gestantes Atendidas en el Servicio de Emergencia Hospital de Ventanilla. [Tesis grado de médico]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2014.
22. Centeno Huamán GK, Crispin Paucar M. Período intergenésico prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis para licenciatura]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2013.
23. Zegarra Rueda CA. Relación entre la Preeclampsia y la Altitud: estudio de cohorte en gestantes de la Costa y Sierra Liberteña. [Tesis grado de médico]. Trujillo: universidad privada antenor orrego; 2016.
24. Ponce Vega S. Factores de riesgo maternos para Síndrome Hellp en preeclámpticas severas. [Tesis grado de especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011 - 2013.
25. Calos Ramón DG. Variación del Peso en las Mujeres con Diabetes Gestacional con Sobrepeso u Obesidad y Complicaciones Materno Perinatales en HONADOMANI. [Tesis grado de Especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008 - 2013.
26. Bravo Espinoza MC. Factores Predictorios de la Preeclampsia.[Tesis grado de Especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
27. Puelles Valqui JL. Maternal risk factors for HELLP syndrome in severe preeclamptic pregnant women in National Institute Materno Perinata. [Tesis grado de Especialidad]. Lima: INMP; 2011 - 2012.
28. Olano Cortez N, Ramírez Llamoctanta LD. Asociación entre la violencia intrafamiliar y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. [Tesis grado de Licenciatura]. Lima: HNSB; 2011 - 2012.
29. Ruiz Vilchez R. Findings of fetal electronic monitoring in patients with preeclampsia in National Institute Materno Perinata. [Tesis grado de especialidad]. Lima: INMP; 2014.

30. Incacari Condori BV. Morbimortalidad materno-perinatal en madres preeclámplicas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis grado de especialidad]. Lima: INMP; 2011.
31. Rodriguez Rojas GC. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis grado de médico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
32. Muñoz W. Obstetricia Fisiología. 1st ed. Concepción- España: Universidad Concepción; 2014. 109,135,139,143,145,150,157,166 p.
33. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013. 2,3 p.
34. HMA. Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas. Lima: HMA; 2012, 82 p.
35. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarkin D. MINSA/DGSP. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo – Uruguay: Publicación científica CLAP/SMR 1594; 2012, 15 p.
36. DEAIS/DGSP. Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva: guía nacional. Lima: MINSA. 2004. Mod I:4,7,8,12,13,15. Mod II:8,9,14. Mod III:16,17.
37. RD.Nª 026-2018-DC-INMP/MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia. Lima: INMP; 2018. 9 p.
38. Fescina R, De Mucio B, Diaz R, Martinez G, Serruya S, Duran P. Salud Sexual y Reproductiva: Guía para el Continuo de Atención de la mujer y recién nacido focalizadas en APS. 3rd ed. Montevideo – Uruguay: Publicación científica; 2011. 19,20,22,23,25,26,31,32,44,60,61,62,63,66,67,70,125,127,128 p.
39. Cifuentes R. Urgencias en Obstetricia. Bogota-Colombia: Editorial Distribuna; 2007. 21,22 p.
40. Vásquez J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. 1st ed. La Habana _ Cuba: Ciencias Médicas; 2010. 185 p.
41. Hernández A, Espino S, Figueroa R. Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia Pos parto y sepsis obstétrica. 1st ed. México: Inter Sistema; 2014. 3,4,16 p.
42. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Obstetricia de Williams. 23rd ed. México: McG -Hill Interamericana; 2011. 3,10,709,712 p.

43. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams obstetrics. 24th ed. Texas: McGraw-Hill Education; 2014. 1438,1441 p.
44. Ramírez Fuentes Pedro Omar. Sociodemografía ciencia o teoría. L.E.S. 2010.
45. De Faria AL, Santos TCM dos, Feitosa MS et al. Perfil sociodemográfico y patológico de embarazadas com pre-eclampsia. Rev. Enferm UFPE on line. 2013, 7(6): p 4430-6
46. Vargas M, Acosta G, Moreno MA. La Preeclampsia un Problema de Salud Pública Mundial. Rev.Chil. Obstet.Ginecol. 2012; 77(6): pp 471-476.
47. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia de Schwarcz -Sala-Duverges. 6th ed. Madrid - España: Ateneo; 2005. 78,79,301,303 p.
48. NTS N°105 -MINSA/DGSP –V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. 4,10,11,5,7,32 p.
49. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Obstetricia de Williams. 22nd ed. Mexico: McG- Hill/Interamericana; 2005. 763,764,765, 766, 768 p.
50. Fernandez J. Obstetricia clínicas de Llaca Fernández. 2nd ed. México: Mc G- H;2009. 348 p
51. OPS/OMS. Sistema informatico perinatal, historia clínica perinatal y formulario complementarios. Montevideo: 2011. 12,19,20,45,52 p.
52. Rodrigues G, Wide C, Da Silva S. Perfil sociodemografico de gestantes portadoras de pre-eclampsia/eclampsia: estudo caso – controle. Rev. Enfermagem Obstetrica. 2015; 2(1). p 4,21.
53. INEI.Censo Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. 12,18,21,24,25,26,59,116,98. p
54. MINDIS. Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social. Guía de Empadronador DGFO/SISFOH. 53,85,91,101,25,135 p.
55. RD. N° 1337.2012 – GOB.REG. HVCA/DIRESA. Procedimientos en las estandarizacion y estrategias de seguimientos, monitoreo y análisis en el cuidado de la salud materna – perinatal y neonatal en Huancaeliva. 2012. 5,6,10,9 p.
56. Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de atención 2011 – 2021.

57. MINSA/DGSP/DJSP. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de salud: norma técnica. Lima: MINSA; 2005. 7,21,22,30,44 p.
58. MINSA/DGPS. Guía técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en genero. Lima: 2007. 15,16 p.
59. CENEPRED. Manual para la evaluación de riesgo originados por Fenomenos Naturales. 2015. 97,100 p.
60. Plan de prevención y reducción del riesgo de desastres ante la temporada de las bajas temperaturas red de salud tayacaja 2018 - 2020
61. Pajuelo J. Valoración del estado nutricional en la gestante. Rev. Perú. gineco. obstet. 2014; 60 (2).
62. MINSA. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de las personas adultas. Perú: 2012. 9,10,11,18,19 p.
63. Situación de Salud afiliados SOS - EPS. 2004. 4 p.
64. Alvarez F, Alvarez A. Epidemiología general y clínica. 1st ed. Bogota. Colombia: ECOES; 2009. 132 p.
65. Acosta Herrera G, Alvarez Bolaños H. Perfil epidemiologico de la consulta de emergencia del Hospital "San Francisco de Quito" y del Hospital General "Enrique Garces" y su asociación con variables demograficas de las poblaciones de referencia. [Tesis grado de médico]. Quito: Universidad Pontificia Católica de Ecuador; 2013.
66. Londoño J. Metodología de la Investigación Epidemiología. 5th ed. Colombia: Manual. Moderno; 2014. 21, 22, 23, 24, 25 p.
67. Dankhe G. Metodología de la Investigación. 1st ed. México: Mc.Graw-Hill; 1986. 412 p.
68. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: Mc Graw Hill/Interamericana; 2010. 69, 71, 72, 76, 77, 78, 80 p.
69. Pimienta J. metodología de la Investigación. 1st ed. Mexico: PEARSON; 2012. 46, 47, 48,49, 50, 89, 90, 91 p.

70. Yarleque L, Javier L, Monroe J, Nuñez E. Investigación en Educación y Ciencias Sociales. 1st ed. Navarro Garcia LL, editor. Huancayo: Proyeccion Social y Extension Universitaria.; 2007. 59, 60 p.
71. Arías F. El proyecto de investigación: Introducción a la Metodología Científica. 6th ed. Caracas – Venezuela; 2012. . 78, 80, 81 p
72. Martín K. Fundamento de la Epidemiología. 1st ed: Madrid – España: Diaz de Santos; 1990. 28 p.

The logo of the Universidad Nacional de Huancavelica, Peru, is a circular emblem. It features a central shield divided into three sections. The top section shows a rising sun with rays. The middle section contains the text 'WANKA WILLKA' in red. The bottom section depicts a llama on the left, a mountain peak in the center, and a person on the right. The shield is surrounded by a yellow border with the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica' and 'PERU' at the bottom.

ANEXOS



Anexo N° 01

Matriz de consistencia

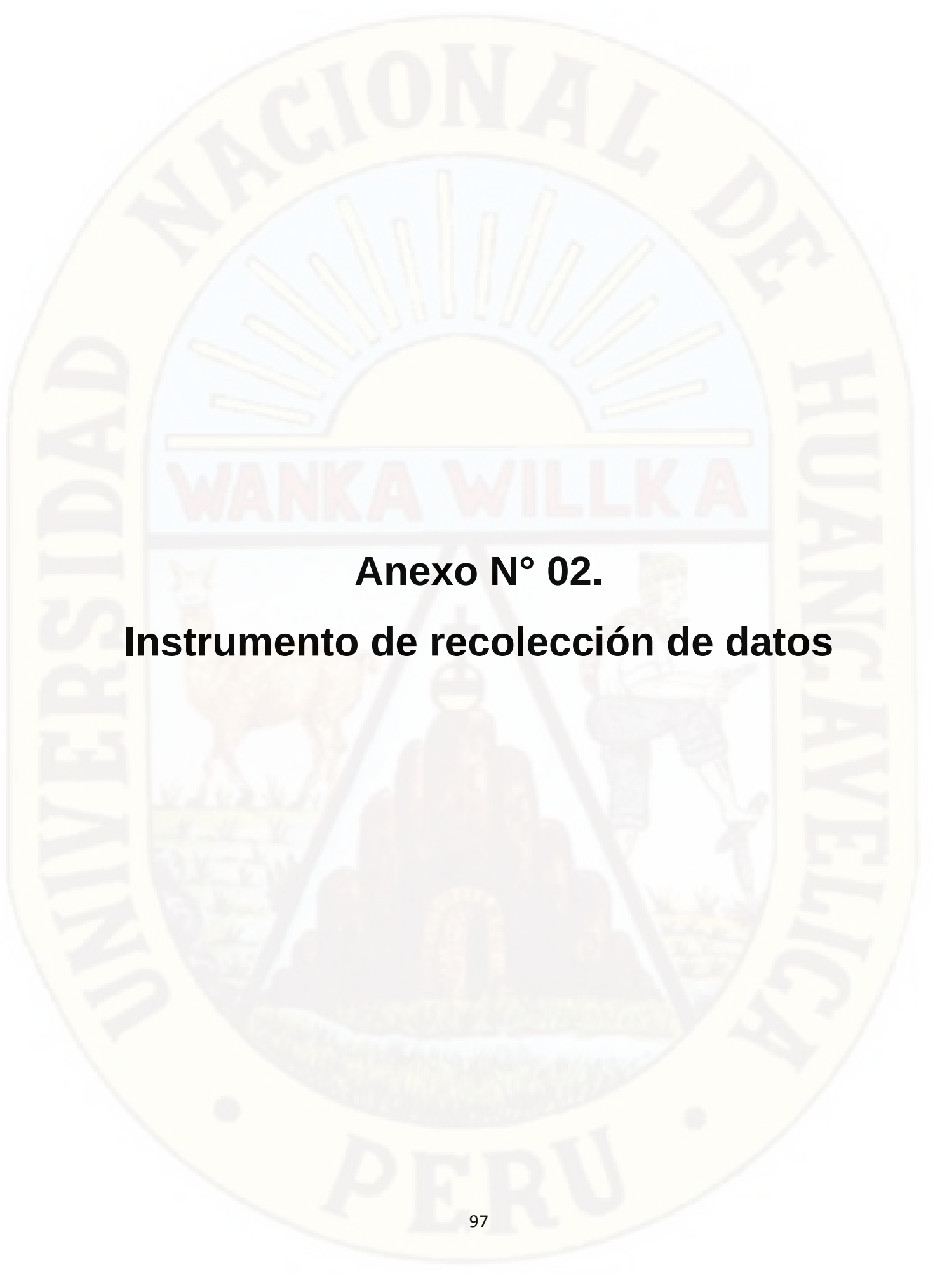
Problema	Objetivos	Justificación	Variable	Dimensiones	Indicadores	valores		Método
¿Cuál es el perfil epidemiológico de la paciente preecláptica atendida en el hospital de Pampas del 2014 al 2016?	Objetivo General:	Es pertinente el desarrollo de la investigación porque se ha observado en la práctica diaria en el Hospital de Pampas, un incremento de los casos de preeclampsia. La tasa de incidencia en relación a los partos atendidos 1,786 en el periodo de estudio se halló 3,47% y en relación al total de gestantes atendidas 2,624 se reportó 2.93% de casos de preeclampsia; las mismas que están siendo controladas con tratamientos clásicos, por otra parte, el desconocimiento de las características epidemiológicas de las gestantes no ha permitido implementar acciones preventivas. La presente investigación es importante porque con el conocimiento generado sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Pampas- Tayacaja, contribuyo a mejorar las condiciones o características negativas o de riesgo de estas pacientes; así mismo controlar algunos factores de riesgo que se encuentro dentro del perfil epidemiológico. Teóricamente se aportó con el perfil epidemiológico de las pacientes que tienen preeclampsia y que están expuestas a condiciones de altura (3200 msnm). Lo cual dio un impacto social y económico ya que con los resultados permitirán a los decisores políticos conocer las características epidemiológicas e implementar proyectos que contribuyan a mejorar las condiciones socio demográficas y de acceso a los servicios de salud de las pacientes con esta patología que pone en riesgo la vida de la madre y el perinato.	Perfil epidemiológico de la gestante con Pre eclampsia.	Preeclampsia	la Tipo de Preeclampsia en paciente	Preeclampsia leve: TAS <160 mmHg o TAD <110 mmHg	1	El Nivel de Investigación: Según la clasificación de Dankhe de investigación es Descriptivo. Tipo de Investigación: El tipo de investigación es descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Diseño de la investigación: El diseño de la investigación Descriptivo Simple. M: mujer con preeclampsia. O: Identificar el perfil epidemiológico. Esquema: M — O La población: La población de estudio será todas las agnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas en los años 2014 al 2016; que son un total de 112 paciente con diagnóstico de preeclampsia según los datos reportados por la oficina de estadística del establecimiento. Es de tipo: Censal. El estudio no hace uso de muestra ni muestreo. Para el análisis estadístico se importará la base de cel al programa SPSS 23 para Windows
	Determinar el perfil epidemiológico de la paciente preecláptica atendida en el hospital de Pampas del 2014 al					Preeclampsia Severa: PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg más resultados anormales de laboratorio	2	
	Objetivos Específicos:			características sociodemográficas	Edad de la paciente preecláptica	Edad menor de 15 años	1	
	Identificar la morbilidad según presentación del cuadro clínico de paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.					Edad entre 15 a 34 años	2	
						Edad mayor de 34 años	3	
	Identificar las características socio demográficas de la paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.				Estado civil de la paciente preecláptica	Soltera	1	
						Conviviente	2	
	Casada					3		
	Separada					4		
	Viuda					5		
	Identificar los antecedentes gineco - obstétricas y personales de la paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al				Nivel de instrucción de la paciente preecláptica	Analfabeta	1	
						Inicial	2	
	Primaria					3		
	Secundaria					4		
	Superior no universitario					5		
	Superior universitario					6		
	Identificar los antecedentes familiares de la paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al				Ocupación de la paciente preecláptica	Dependiente (agricultora)	1	
						Independiente (comerciante)	2	
						Dedicado a los quehaceres de (ama de casa)	3	
						Trabajadora del hogar	4	
						Estudiante	5	

Problema	Objetivos	Justificación	Variable	Dimensiones	Indicadores	Valores		Método
¿Cuál es el perfil epidemiológico de la paciente preeclámpsica atendida en el hospital de Pampas del 2014 al 2016?	Objetivo General:	Es pertinente el desarrollo de la investigación porque se ha observado en la práctica diaria en el Hospital de Pampas, un incremento de los casos de preeclampsia. La tasa de incidencia en relación a los partos atendidos 1,786 en el periodo de estudio se halló 3.47% y en relación al total de gestantes atendidas 2,624 se reportó 2.93% de casos de preeclampsia; las mismas que están siendo controladas con tratamientos clásicos, por otra parte, el desconocimiento de las características epidemiológicas de las gestantes no ha permitido implementar acciones preventivas. La presente investigación es importante porque con el conocimiento generado sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Pampas- Tayacaja, contribuyo a mejorar las condiciones o características negativas o de riesgo de estas pacientes; así mismo controlar algunos factores de riesgo que se encuentren dentro del perfil epidemiológico. Teóricamente se aportó con el perfil epidemiológico de las pacientes que tienen preeclampsia y que están expuestas a condiciones de altura (3200 msnm). Lo cual dio un impacto social y económico ya que con los resultados permitirán a los decisores políticos conocer las características epidemiológicas e implementar proyectos que contribuyan a mejorar las condiciones socio demográficas y de acceso a los servicios de salud de las pacientes con esta patología que pone en riesgo la vida de la madre y el perinato.	Perfil epidemiológico de la gestante con Pre eclampsia.	características sociodemográficas	Tipo de seguro de la paciente preeclámpsica	SIS	1	El Nivel de Investigación: Según la clasificación de Dankhe (1986) el nivel de investigación es Descriptivo. Tipo de Investigación: El tipo de investigación es descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Diseño de la investigación: El diseño de la investigación Descriptivo Simple. M: mujer con preeclampsia. O: Identificar el perfil epidemiológico. Esquema: M — O La población: La población de estudio será todas las mujeres con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas en los años 2014 al 2016; que son un total de 112 paciente con diagnóstico de preeclampsia según los datos reportados por la oficina de estadística del establecimiento. Es de tipo: censal. El estudio no hace uso de muestra ni muestreo. Para el análisis estadístico se importará la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows.
	Determinar el perfil epidemiológico de la paciente preeclámpsica atendida en el hospital de Pampas del 2014 al 2016.					EsSalud	2	
						PNP	3	
						Privado	4	
						No tiene	5	
					Otros	6		
	Zona donde vive la paciente preeclámpsica				Urbano	1		
					Rural	2		
	Servicio básico de la paciente preeclámpsica				Agua	1		
					Desagüe	2		
					Luz	3		
	Tipo de material de la vivienda				Ladrillo	1		
					Adobe	2		
	Condición de vivienda				Prestada o cedida	1		
					Alquilada	2		
					Propia	3		
	Origen de la referencia				Auto referida	1		
					Comunidad	2		
					Establecimiento de salud	3		
	Servicio al que acudió en el ingreso				Sin dato	1		
					Servicio emergencia	2		
					Servicio consultorio externo	3		
	Motivo de ingreso				Labor de parto	1		
					Signos premonitorios de PEE	2		
					Otros	3		
	Condición del ingreso de la gestante				Buena condición	1		
					Regular condición	2		
					Mala condición	3		
	Destino de egreso de la gestante				Alta	1		
					Hospitalización	2		
					Referido	3		
	Violencia basada en genero				Fallecido	4		
					Sin dato	1		
					Si	2		
	No				3			

Problema	Objetivos	Justificación	Variable	Dimensiones	Indicadores	valores		Método
¿Cuál es el perfil epidemiológico de la paciente preeclámpsica atendida en el hospital de Pampas del 2014 al 2016?	Objetivo General:	Es pertinente el desarrollo de la investigación porque se ha observado en la práctica diaria en el Hospital de Pampas, un incremento de los casos de preeclampsia. La tasa de incidencia en relación a los partos atendidos 1,786 en el periodo de estudio se halló 3.47% y en relación al total de gestantes atendidas 2,624 se reportó 2.93% de casos de preeclampsia; las mismas que están siendo controladas con tratamientos clásicos, por otra parte, el desconocimiento de las características epidemiológicas de las gestantes no ha permitido implementar acciones preventivas. La presente investigación es importante porque con el conocimiento generado sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Pampas-Tayacaja, contribuyo a mejorar las condiciones o características negativas o de riesgo de estas pacientes; así mismo controlar algunos factores de riesgo que se encuentren dentro del perfil epidemiológico. Teóricamente se aportó con el perfil epidemiológico de las pacientes que tienen preeclampsia y que están expuestas a condiciones de altura (3200 msnm). Lo cual dio un impacto social y económico ya que con los resultados permitirán a los decisores políticos conocer las características epidemiológicas e implementar proyectos que contribuyan a mejorar las condiciones socio demográficas y de acceso a los servicios de salud de las pacientes con esta patología que pone en riesgo la vida de la madre y el perinato.	Perfil epidemiológico de la gestante con Pre eclampsia.	características socio demográficas	Característica de comportamiento en el tiempo	Enero	1	El Nivel de Investigación: Según la clasificación de Dankhe (1986) el nivel de investigación es Descriptivo. Tipo de Investigación: El tipo de investigación es descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Diseño de la investigación: El diseño de la investigación Descriptivo Simple. M: mujer con preeclampsia. O: Identificar el perfil epidemiológico. Esquema: M — O
	Objetivos Específicos:					Febrero	2	
						Marzo	3	
						Abril	4	
						Mayo	5	
						Junio	6	
						Julio	7	
						Agosto	8	
						Setiembre	9	
						Octubre	10	
						Noviembre	11	
						Diciembre	12	
				antecedentes gineco-obstétricos y personales	Edad gestacional en que se presentó la enfermedad	Pretrmino: menor de 37 ss	1	La población: La población de estudio será todas las mujeres con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas en los años 2014 al 2016; que son un total de 112 paciente con diagnóstico de preeclampsia según los datos reportados por la oficina de estadística del establecimiento. Es de tipo: censal. El estudio no hace uso de muestra ni muestreo. Para el análisis estadístico se importará la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows.
						Término: menor de 42 ss	2	
						Postérmino: mayor de 42 ss	3	
					Paridad de la gestante	Nulípara	1	
						Primípara	2	
						Múltipara	3	
						Gran múltipara	4	
	Periodo intergenésico e la gestante				Adecuado	1		
No adecuado		2						
Abortos previos de la gestante	1 vez	1						
	2 veces	2						
	3 veces	3						
Óbitos previos que ha tenido la gestante	1 vez	1						
	2 veces	2						
	Número de parejas	Sin dato	1					
		Uno	2					
Dos		3						
Tres		4						
Número de atención prenatal reenfocada	Ninguno control	1						
	Uno control	2						
	Menor de 6 controles	3						
	Mayor de 6 controles	4						

Problema	Objetivos	Justificación	Variable	Dimensiones	Indicadores	Valores		Método
¿Cuál es el perfil epidemiológico de la paciente preecláptica atendida en el hospital de Pampas del 2014 al 2016?	Objetivo General:	Es pertinente el desarrollo de la investigación porque se ha observado en la práctica diaria en el Hospital de Pampas, un incremento de los casos de preeclampsia. La tasa de incidencia en relación a los partos atendidos 1,786 en el periodo de estudio se halló 3.47% y en relación al total de gestantes atendidas 2,624 se reportó 2.93% de casos de preeclampsia; las mismas que están siendo controladas con tratamientos clásicos, por otra parte, el desconocimiento de las características epidemiológicas de las gestantes no ha permitido implementar acciones preventivas. La presente investigación es importante porque con el conocimiento generado sobre el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Pampas- Tayacaja, contribuyo a mejorar las condiciones o características negativas o de riesgo de estas pacientes; así mismo controlar algunos factores de riesgo que se encuentren dentro del perfil epidemiológico. Teóricamente se aportó con el perfil epidemiológico de las pacientes que tienen preeclampsia y que están expuestas a condiciones de altura (3200 msnm). Lo cual dio un impacto social y económico ya que con los resultados permitirán a los decisores políticos conocer las características epidemiológicas e implementar proyectos que contribuyan a mejorar las condiciones socio demográficas y de acceso a los servicios de salud de las pacientes con esta patología que pone en riesgo la vida de la madre y el perinato.	Perfil epidemiológico de la gestante con Pre eclampsia.	antecedentes gineco-obstétricos y personales	Condición de la atención prenatal reenfocada	Adecuada	1	El Nivel de Investigación: Según la clasificación de Dankhe (1986) el nivel de investigación es Descriptivo. Tipo de Investigación: El tipo de investigación es descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Diseño de la investigación: El diseño de la investigación Descriptivo Simple. M: mujer con preeclampsia. O: Identificar el perfil epidemiológico. Esquema: M — O La población: La población de estudio será todas las mujeres con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas en los años 2014 al 2016; que son un total de 112 paciente con diagnóstico de preeclampsia según los datos reportados por la oficina de estadística del establecimiento. Es de tipo: censal. El estudio no hace uso de muestra ni muestreo. Para el análisis estadístico se importará la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows.
	Determinar el perfil epidemiológico de la paciente preecláptica atendida en el hospital de Pampas del 2014 al 2016.				No adecuada	2		
					Captación precoz de la gestante	Semana de captación	numérico	
					Índice de masa corporal pregestacional	Menor de 19.8	1	
						Entre 19,8 a 26	2	
	Mayor de 26					3		
	Mayor de 29					4		
	Ganancia de peso durante pregestacional				Bajo peso	1		
					Normal	2		
					Alto peso	3		
	Según tiempo de aparición				Obesa	4		
					Anteparto	1		
					Intraparto	2		
	Antecedente personal de la gestante				Posparto	3		
					Obesa	1		
					Hipertensa	2		
					Diabetes	3		
					Violencia familiar	4		
					Caries dental	5		
					Infección vías urinarias	6		
					Infecciones vaginales	7		
					Nuevo conyugue	8		
					Antecedente de PEE	9		
					Antecedente de eclampsia	10		
	Antecedente de Hellp				11			
Objetivos Específicos:								
Identificar la morbilidad según presentación del cuadro clínico de paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.								
Identificar las características socio demográficas de la paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.								
Identificar los antecedentes gineco - obstétricas y personales de la paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.								

Identificar los antecedentes familiares de la paciente preecláptica atendida en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.								



Anexo N° 02.

Instrumento de recolección de datos

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA ESPECIALIDAD DE EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO"

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"Perfil epidemiológico de las pacientes con Preeclampsia atendidas en el Hospital Pampas - Tayacaja 2014 al 2016"

Formulario N°
Elaborado por F. Liz Napán Ramón

I PARTE: Tipo clínico de Preeclampsia en la paciente:

Preeclampsia leve:

TAS <160 mmHg o
TAD <110 mmHg

Preeclampsia Severa:

PAS ≥ 160 mmHg o
PAD ≥ 110 mmHg más
resultados anormales de
laboratorio

II PARTE: Características Socio demográficas de la paciente:

Edad:.....

Estado civil: soltera.....casada.....conviviente.....separada.....divorciada.....viuda.....

Nivel instrucción: analfabeta.....inicial.....primaria.....secundaria..... superior no universitario.....superior universitario.....post grado.....

Ocupación: dependiente.....independiente(comerciante).....trabajadora del hogar.....trabajadora familiar no remunerada..... dedicada a los quehacer de casa(ama de casa).....estudiante.....jubilado.....otros detallar.....

Tipo de seguro: SIS.....EsSalud.....PNP.....seguro privado.....no tiene.....otros detallar.....

Tipo de localidad: rural.....urbano.....

Abastecimiento de agua: red pública dentro de casa.....red pública fuera de casa.....pilón.....cisterna.....pozo..... río..... sequía.....otros detallar.....

Tipo alumbrado: electricidad.....vela..... kerosene.....petróleo.....gas..... otros detallar.....

Servicio higiénico: letrina..... red pública fuera de casa.....red pública dentro de casa.....pozo séptico..... río.....no tiene.....otros detallar.....

Material del techo: ladrillo.....teja.....madera.....calamina.....caña.....estera.....paja.....otros detallar.....

Material de la pared: adobeladrillo.....piedra.....quincha.....madera.....estera.....otros detallar.....

Combustible de la cocina: bosta.....leña.....gas.....electricidad.....kerosene.....carbón.....otros detallar.....

Condición de vivienda: alquilada.....prestada.....propio.....otros detallar.....

Estación de fecundación: lluvia.....helada.....templado.....

III PARTE: Características Gineco _ obstétricas de la paciente:

Paridad de la paciente: nulípara.....multípara.....gran multípara.....

Atención prenatal reenforcada: sino.....

Captación precoz: sino.....

Aumento de peso pregestacional: deficiente.....adecuado.....exceso.....

IMC Pregestacional: delgadez.....normal.....sobrepeso.....obeso.....

Antecedente de ITU: si.....no.....

Antecedente de vaginitis: si.....no.....

Antecedente de caries dental: sino.....

Antecedente de preeclampsia: antecedente.....sin antecedente.....

IV PARTE: Antecedente familiar de la paciente:

Antecedente de materno: antecedente.....sin antecedente.....

Antecedente de paterno: antecedente.....sin antecedente.....

Anexo N° 03.

Tablas

Tabla A: Los tipos de servicios higiénicos usados por las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia Leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Los tipos de servicios higiénicos usados por las pacientes	Letrina, pozo ciego	17	94.44%	40	90.91%	57	91.94 %
	Red pública fuera de casa	1	5.56%	2	4.55%	3	4.84%
	Red pública dentro de casa	0	0.00%	2	4.55%	2	3.23%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00 %

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla A: Los servicios higiénicos de las pacientes preeclámpticas, del 100% (62) de casos, el 91.94% (57) de casos, cuentan con un sistema de eliminación de excremento tipo letrina o pozo ciego.

Del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 94.44% (17) de casos y del 100% (44) de casos de preeclampsia severa, el 90.91% (40) de casos, se observó ambos grupos un alto porcentaje del uso de letrinas o pozo ciego.

Tabla B: El material predominante en las paredes de las viviendas de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El material predominante en las paredes de la vivienda de la paciente	Adobe, tapia	18	100.00%	43	97.73%	61	98.39%
	Ladrillo	0	0.00%	1	2.27%	1	1.61%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla B: Las características de la paredes de las viviendas de las pacientes preeclámplicas, del 100% (62) de casos, el material empleado fue de adobe o tapia representando, el 98.39% (61) de casos. El adobe o tapia fue un material que se usó con mayor frecuencia en la construcción de paredes de las casas de las pacientes con preeclampsia leve y preeclampsia severa.

Tabla C: El tipo de combustible usado para cocinar por las pacientes preeclámpicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia Leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Tipo de combustible usado para cocinar por la paciente	Leña	16	88.89%	40	90.91%	56	90.32%
	Gas	1	5.56%	3	6.82%	4	6.45%
	Bosta, estiércol	1	5.56%	1	2.27%	2	3.23%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla C: El tipo de combustible más empleado por la paciente para cocinar, del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 90.32% (56) de casos usaron la leña. En el estudio, se observó alta prevalencia del uso de combustible primario (la leña), en las pacientes con preeclampsia leve y preeclampsia severa.

Tabla D: El tipo de abastecimiento de agua en la vivienda de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El tipo de abastecimiento de agua en la vivienda de la paciente	Red pública fuera de casa	11	61.11%	33	75.00%	44	70.97%
	Pilón uso publico	4	22.22%	6	13.64%	10	16.13%
	Red pública dentro de casa	3	16.67%	3	6.82%	6	9.68%
	Sequía río	0	0.00%	2	4.55%	2	3.23%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla D: La procedencia de abastecimiento de agua, del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 70.97% (44) de casos, se obtuvo de una red pública de agua fuera de casa.

Se identificó una alta frecuencia del sistema de agua instalado fuera del hogar el 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 61.11% (11) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 75.00%(33) de casos.

Tabla E: El tipo de alumbrado que tiene la vivienda de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El tipo de alumbrado que tiene la vivienda de la paciente	Electricidad	18	100.00%	42	95.45%	60	96.77%
	Vela	0	0.00%	2	4.55%	2	3.23%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla E: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, el alumbrado eléctrico en los hogares de las pacientes represento, el 96.77% (60) de casos.

En la preeclampsia leve, el 100% (18) de casos y preeclampsia severa del 100%(44) de casos, el 95.45%(42) de casos contaron con instalación de corriente eléctrica; siendo porcentualmente mayor al uso de la vela.

Tabla F: El material predominante en los techos de la vivienda de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El material predominante en los techos de la vivienda de la paciente	Tejas	18	100.00%	43	97.73%	61	98.39%
	Ladrillo	0	0.00%	1	2.27%	1	1.61%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla F: Del total de los techos de la vivienda de las pacientes, del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 98.39% (61) de casos usaron las tejas, siendo un material predominante en la zona de estudio.

El 100% (18) de casos de preeclampsia leve y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 97.73%(43) de casos, en ambos grupos el uso fue porcentualmente alto de las tejas a los ladrillos.

Tabla G: El material predominante del piso de la vivienda de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Características sociodemográficas		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El material predominante del piso de la vivienda de la paciente	Tierra	12	66.67%	24	54.55%	36	58.06%
	Madera	4	22.22%	17	38.64%	21	33.87%
	Cemento	2	11.11%	3	6.82%	5	8.06%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla G: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 58.06% (36) de casos los pisos de las viviendas fueron de tierra.

Del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, el 66.67% (12) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 54.55%(24) de casos, el piso de tierra fue la característica frecuente en las casas de las pacientes. Hallándose mayor proporción los pisos de tierra que los pisos de madera y cemento.

Tabla H: El IMC Pregestacional de las pacientes preeclámpsicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco- Obstétrico y Personales		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
IMC Pre gestacional de la paciente	Obeso	0	0.00%	4	9.09%	4	6.45%
	Sobre peso	5	27.78%	15	34.09%	20	32.26%
	Normal	13	72.22%	24	54.55%	37	59.68%
	Delgadez	0	0.00%	1	2.27%	1	1.61%
Total		18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpsicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla H: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 59.68% (37) de casos, presentaron IMC normal Pregestacional.

Del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 72.22%(13) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 54.55%(24) de casos presentaron IMC normal Pregestacional, en ambos grupos la frecuencia fue mayor.

Tabla I: El antecedente de ITU de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco-Obstétrico y Personales		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El antecedente de ITU de la paciente	No	13	72.22%	26	59.1%	39	62.90%
	Si	5	27.78%	18	40.9%	23	37.10%
Total		18	100.00%	44	100.0%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla I: Del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 62.90% (39) no tuvo antecedente de ITU. Del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 72.22% (13) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 59.1%(26) de casos, no presento antecedente de ITU. Se halló mayor frecuencia de pacientes que no tuvieron antecedentes de ITU.

Tabla J: El antecedente de vaginitis de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco-Obstétrico y Personales		Preeclampsia Leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El antecedente de vaginitis de la paciente	No	15	83.33%	38	86.36%	53	85.48%
	Si	3	16.67%	6	13.64%	9	14.52%
Total		18	100.00%	44	100.00%	62	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámplicas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla J: No se reporto casos clínicos de vaginitis, del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 85.48% (53) de casos. Del 100% (18) de casos de preeclampsia leve, 83.33% (15) de casos y del 100%(44) de casos de preeclampsia severa, el 86.36%(38) de casos no hubo antecedente de vaginitis. Notándose mayor frecuencia de casos con ausencia de antecedentes de vaginitis.

Tabla K: El antecedente de caries dental de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja del 2014 al 2016.

Antecedentes Gineco- Obstétrico y Personales		Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Preeclampsia	
		Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
El antecedente de caries dental de la paciente	No	12	66.67%	24	54.55%	36	58.06%
	Si	6	33.33%	20	45.45%	26	41.94%
	Total	18	100.00%	44	100.00%	62	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las pacientes preeclámpticas atendidas en el Hospital de Pampas del 2014 al 2016.

Tabla K: No tuvieron antecedentes de caries dental, del 100% (62) de casos de preeclampsia, el 85.48% (53) de casos.

Tanto en la preeclampsia leve, 83.33% (15) de casos y preeclampsia severa, el 86.36%(38) de casos respectivamente no presentaron antecedente de caries dental; siendo alta la frecuencia de ausencia de la caries en las preeclámpticas.